

РОИМ



Российское общество
историков медицины

Год основания 1946

Historiae medicinae scriptorum Rossicorum

OPERA
MEDICA
HISTORICA



Российских историков медицины

ТРУДЫ
ПО ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

Российских историков медицины
ТРУДЫ ПО ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

Historiae medicinae scriptorum Rossicorum
OPERA MEDICA HISTORICA



2016

Российское общество историков медицины

Historiae medicinae scriptorum Rossicorum

OPERA MEDICA

HISTORICA

Российских историков медицины

ТРУДЫ ПО ИСТОРИИ

МЕДИЦИНЫ

Альманах

Том 1

Москва

2016

УДК 61(091)(082)
ББК 5г.я43
Т78

На обложке: Ф. Хальс. Святой Лука. Ок. 1625. Х., м. 70x55.

Редакционная коллегия:

С.П. Глянцев (ответственный редактор) – д.м.н., профессор, Д.А. Балалыкин – д.м.н., д.и.н., профессор, В.И. Бородулин – д.м.н., профессор, К.А. Пашков – д.м.н., профессор, М.В. Поддубный – к.м.н., доцент, Т.С. Сорокина – д.м.н., профессор.

Historiae medicinae scriptorum Rossicorum OPERA MEDICA HISTORICA. Российских историков медицины ТРУДЫ ПО ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ. – Альманах РОИМ. Том 1 / С.П. Глянцев (отв. ред.). М., 2016. 336 с. Илл.

В альманахе, озаглавленном OPERA MEDICA HISTORICA («Труды по истории медицины»), представлены результаты исследований историков медицины России последних лет, охватывающие мировую и отечественную историю медицины от древности до современности.

Авторы альманаха – разные по возрасту, научным достижениям и месту жительства люди. Одни из них профессионально изучают историю медицины, другие преподают ее как курс в высших учебных заведениях, третьи работают практическими врачами или организаторами здравоохранения. Но всех их объединяет то, что поэт назвал «любовью к родному пепелищу, к отеческим гробам».

Российское общество историков медицины, созданное в 2014 г. и объединяющее сегодня более 300 членов из разных уголков страны и из-за рубежа, планирует сделать издание альманаха ежегодным.

Альманах предназначен как научным работникам, для кого изучение истории медицины является насущной потребностью, так и любителям истории врачевания, вступающим на тернистый путь познания исторической истины, а также врачам всех специальностей, курсантам курсов повышения квалификации и студентам-медикам, кому небезразлична история их настоящей и будущей профессии.

©РОИМ, 2016
©Авторский коллектив, 2016
©Печатный дом «Магистраль», 2016

ISBN 978-5-9907549-1-1

Уважаемые читатели!

Альманах Российского общества историков медицины, который вы держите в руках, является пилотным проектом приуроченным к 70-летию нашего общества.

Общество, основанное 1 ноября 1946 года, прошло уникальный путь. Талантливые ученые, специалисты в самых разных областях медицинской науки и практики, объединенные интересом к истокам, за эти годы открыли много неизвестных страниц прошлого и сделали их достоянием современной науки. Было защищено свыше 200 диссертаций, что для других разделов медицины, наверное, покажется не таким большим, но для истории медицины – это совсем не мало.

Цель этого проекта – публикация трудов специалистов и любителей истории медицины по всем историческим разделам истории медицины и здравоохранения. Мы приглашаем выступать со своими работами всех исследователей и надеемся, что Альманах будет полезен и интересен широкому кругу читателей, а также практикующим врачам.

Хотя форма Альманаха не подразумевает регулярности выпуска, мы скромно надеемся, что это издание будет выходить ежегодно.

Председатель Российского общества историков медицины,
доктор медицинских наук, профессор
К.А. Пашков

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

ИЗБРАННЫЕ СТРАНИЦЫ ПРОШЛОГО И НАСТОЯЩЕГО ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

Заметки очевидца, долгие годы занимавшегося историей
медицины и медицинской энциклопедистикой и видевшего многое
из описанного ниже своими глазами

Бородулин В.И.

*ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья
имени Н.А. Семашко» (Москва, Россия)*

Отечественная история медицины как самостоятельная учебная дисциплина имеет документированное начало: в 1885 г. в Московском университете была учреждена кафедра истории и энциклопедии медицины. До этого и одновременно с этим, в течение всего XIX в. она уже была предметом преподавания: Ф.И. Барсук-Моисеев, И.П. Воинов, Л.Ф. Змеев, Ф.Ф. Меринг, В.М. Рихтер и другие читали специальные курсы истории медицины на разных кафедрах Московского и Киевского университетов, Военно-медицинской академии в Петербурге. Однако за 130 лет развития этой учебно-научной дисциплины в России научно-биографических исследований о людях, которые делали ее историю, крайне мало. На нашей памяти есть лишь две работы, посвященные историкам медицины Российской империи, РСФСР, СССР и России. Одна из них, вышедшая в 1988 г., представляет собой библиографический указатель трудов 587 российских и советских ученых по истории медицины. Вторая работа под названием «Историки медицины России в XX веке» принадлежит профессору М.К. Кузьмину и была опубликована в 2006 г. в «Очерках истории медицины XX века». Учитывая этот факт, а также нашу многолетнюю работу в области истории медицины и медицинской энциклопедистике, мы задались целью осветить некоторые страницы истории медицины СССР и России, вспомнив уже ушедших от нас (или исчезнувших из нашего поля зрения) товарищей по цеху. Мы понимаем, что наши заметки могут вызвать неоднозначную реакцию коллег предвзятостью нашего мнения или оценки, но такова уж особенность мемуаров.

Первым в Московском университете систематизированный курс истории медицины стал читать (с 1825 г.) **Никифор Дмитриевич Лебедев** (1799–1855); ему принадлежит и первый учебник для студентов «Краткая история медицины» (1827). В 1814–1820 гг. вышло первое отечественное трехтомное руководство профессора **Вильгельма Михайловича Рихтера** (1767–1822) «История медицины в России» на немецком и русском языках. В 1848 г. увидела свет оригинальная и глубокая работа крупного российского физиолога профессора **Алексея Матвеевича Филомафитского** (1807–1849) «История переливания крови». В 1883 г. появилась исключительно ценная монография **Якова Алексеевича Чистовича** (1820–1885) «История первых медицинских школ в России», а в 1878–1893 гг. были опубликованы фундаментальные труды киевского врача, доктора медицины **Савелия Григорьевича Ковнера** (1837–1896): «История древней медицины. Медицина Востока и древней Греции до Гиппократата»; «Гиппократ»; «Медицина от смерти Гиппократата до Галена включительно» (1878–1882); «История средневековой медицины» (1893). Ценным биобиблиографическим пособием по истории медицины XIX в. являются труды врача и библиографа **Льва Федоровича Змеева** (1832–1901): «Русские врачи-писатели» (1886–1889), «Былое врачебной России» (1890) и «Чтения по врачебной истории России» (1896).

Кафедра истории и энциклопедии медицины Московского университета стала заметным явлением высшего медицинского образования после 1896 г., когда заведующим кафедрой был назначен экстраординарный профессор физиологии **Лев Захарович Мороховец** (1848–1919). Он был автором обобщающего труда по всеобщей истории медицины «История и соотношение медицинских знаний» (1903), заложил методические основы преподавания этого предмета. Под его научным руководством начались исследования в области истории медицины России и других стран. В 1904 г. превосходную диссертацию под названием «История открытия кровообращения. Гарвей и его значение» защитил практикующий врач **Наум Исакович Гутнер** (1878–19.?). Ближайший сотрудник Л.З. Мороховца, с 1902 г. – приват-доцент кафедры и одновременно – практикующий психиатр **Михаил Юрьевич Лахтин** (1869–1930) – в 1918–1919 гг. исполнял обязанности заведующего этой кафедрой, а в 1920–1924 гг. заведовал кафедрой истории медицины Государственной высшей медицинской школы (ГВМШ). Ему принадлежат ценные труды по истории всеобщей и отечественной медицины: «Большие операции в истории хирургии» (1901), «Краткий биографический словарь знаменитых врачей всех времен» и «Этюды по истории медицины» (1902), «Медицина и врачи в Московском государстве (в допетровской Руси)» (1906) и др.

В 20-е гг. XX в. университетских кафедр истории медицины и профессиональных историков медицины в СССР не было. Но именно в эти годы

литература по истории медицины существенно обогатилась выдающимися монографиями видных клиницистов: вышли в свет замечательные книги профессора-терапевта **Дмитрия Дмитриевича Плетнева** (1871–1941) «Русские терапевтические школы. Захарьин, Боткин, Остроумов – основоположители русской клинической медицины», профессора хирургии **Владимира Андреевича Опеля** (1872–1932) «История русской хирургии (краткий очерк)» (1923), профессора психиатрии **Юрия Владимировича Канныха** (1872–1939) «История психиатрии» (1930; репринтное издание, 1994). Позднее, на рубеже первой и второй половины XX в., было опубликовано первое систематизированное руководство профессора хирургии **Василия Ивановича Колесова** (1904–1992) «Страницы из истории отечественной хирургии» (1953).

Первую в СССР университетскую кафедру истории медицины создал в 1935 г. в I ММИ профессор **Илья Давыдович Страшун** (1892–1967) – организатор здравоохранения, санитарного просвещения, высшего медицинского образования и историк медицины, академик АМН СССР (1944). В 1944 г. И.Д. Страшун возглавил вновь созданный Институт социальной гигиены, организации здравоохранения и истории медицины АМН СССР, одновременно заведя кафедрой истории медицины I МОЛМИ. В ноябре 1946 г. Г.А. Баткис, М.И. Барсуков, К.М. Быков, Д.М. Российский, П.Е. Заблудовский, Е.И. Смирнов, П.Я. Страдынь и И.Д. Страшун создали Всесоюзное научное общество историков медицины (ВНОИМ), а И.Д. Страшун был избран первым председателем его правления. В 1949 г. председателем правления общества стал Д.М. Российский, в 1955 г. его сменил М.И. Барсуков, а с 1973 по 2013 гг. (в течение 40 лет!) Общество (с 1992 г. – Конфедерацию историков медицины международную; КИММ) возглавлял Ю.П. Лисицын.

Учитывая выше сказанное, тем не менее следует признать, что именно И.Д. Страшун был первым крупным советским историком медицины. Его монографическая статья «Медицина» в первом издании БМЭ является фундаментальным обобщающим трудом историка-марксиста. Ему принадлежат: содержательная обзорная работа по истории I ММИ (1940), книга о русских военных врачах (1947), а также оригинальные исследования по истории общественной и земской медицины 1907–1917 гг. (1964).

Аналогичным путем пришел в историю медицины профессор **Павел Ефимович Заблудовский** (1894–1993) – во второй половине XX в. он был, пожалуй, самым образованным, здраво- и научно мыслящим профессором среди лидеров нашей дисциплины. Семьи он не имел, как беспартийный еврей и думать не мог ни о какой научной или чиновничьей карьере и думал только о любимой истории. Как историк медицины он начинал в 1937 г. на кафедре И.Д. Страшуна в I ММИ, но уже в 1939 г. он – доцент созданной в ЦИУ врачей второй в СССР кафедры истории медицины, с 1940 г. более

30 лет заведовал этой кафедрой и был учителем почти всех историков медицины в масштабах страны. Посвященный его памяти теплый очерк одного из ведущих российских историков медицины, автора выдержавшего полтора десятка изданий учебника «История медицины» Татьяны Сергеевны Сорокиной, раскрывающий его роль как педагога и исследователя, можно прочитать в издании «Альманах истории медицины: неизвестные и спорные страницы» (2014).

Можно сказать, что с середины XX в. в отечественной истории медицины наступило время ее расцвета как идеологически значимой советской научно-учебной дисциплины. Так, в Москве самостоятельные кафедры истории медицины действовали в медицинских институтах и в ЦИУ врачей, крупный отдел истории медицины функционировал в Институте социальной гигиены и организации здравоохранения им. Н.А. Семашко, из названия которого со временем исчезла «история медицины». Издательство «Медгиз» наращивало число ежегодных профильных публикаций, в том числе монографических. Диалектический материализм (вполне успешно сочетавшийся с позитивизмом) и партийный подход к любым проблемам, борьба с космополитизмом и за приоритеты отечественной науки, «мичуринская» биология по Т.Д. Лысенко и «павловский» нервизм по А.Д. Сперанскому и К.М. Быкову были краеугольными методологическими камнями, обязательными для каждого исследователя, а нередко являлись самой сутью работы. Неудивительно, что в такой обстановке генетика, кибернетика и ряд других важнейших научных направлений в стране были разгромлены и запрещены как «буржуазные лженауки». В то время в советской истории медицины правили партийные «комиссары» – М.И. Барсуков, А.Г. Гукасян, Ф.Р. Бородулин и Б.Д. Петров.

Терапевт, философ-марксист, организатор высшего медицинского образования, а также и историк медицины член-корреспондент АМН СССР **Арам Григорьевич Гукасян** (1901–1972) был автором многих историко-медицинских книг, свободных от научной достоверности, но не лишенных признаков графоманского творчества: его книги служили не исторической правде, а идеологическим установкам. Когда на заседании редколлегии «Терапевтического архива», главным редактором которого он был, обсуждалась очередная историко-медицинская статья, которую забраковал рецензент П.Е. Заблудовский, председательствовавший А.Г. Гукасян сказал: «Ну, зачем такие высокие требования! Это же юбилейная статья...», на что П.Е. Заблудовский гневно иронизировал: «Понимаете, это – новый научный жанр теперь: юбилейный!»

На этом этапе истории нашей дисциплины господствовали две конкурировавшие между собой историко-медицинские школы: Ф.Р. Бородулина (кафедра истории медицины I ММИ им. И.М. Сеченова МЗ СССР) и Б.Д. Пет-

рова (отдел истории медицины и здравоохранения Института социальной гигиены и истории медицины им. Н.А. Семашко АМН СССР). Основатели школ долгие годы «смертельно» враждовали между собой и писали друг на друга доносы в партийные органы (в новые времена М.В. Яровинский подробно знакомился с этой «перепиской»).

Профессор **Феодосий Романович Бородулин** (1896–1956) был серьезным исследователем-терапевтом (в 20-е гг. прошлого века – ординатор, затем – ассистент госпитальной терапевтической клиники Д.Д. Плетнева в I МГУ, выступавший с докладами на IX (1926) и XII (1935) Всесоюзных съездах терапевтов. После он стал организатором высшего медицинского образования, армейским терапевтом, историком медицины. В 1950-е гг. он заведовал кафедрой истории медицины в 1-м МОЛМИ. Ему принадлежат тщательное исследование школы С.П. Боткина (докторская диссертация, 1940) и другие ценные работы по истории отечественной медицины. Человек увлекающийся, он искренне насыщал свое творчество всеми принятыми в то время советскими псевдонаучными «клише». В наследство нам он оставил «неврогенную теорию медицины Боткина» (монография, 1953), «Лекции по истории медицины» (1954 – 1955) и избранные лекции по истории медицины (1961). Что же касается С.П. Боткина, то в трудах этого великого клинициста легко можно найти нейрогенные гипотезы возникновения различных клинических синдромов, но в них нет и следов «неврогенной» или какой-либо еще теории медицины.

Когда говорят о школе Ф.Р. Бородулина, имеют в виду, прежде всего: Ю.П. Лисицына, М.К. Кузьмина, Н.А. Григорьян, Э.Д. Грибанова, Н.Б. Коростелева. Лидером в этой школе был, конечно же, академик АМН СССР **Юрий Павлович Лисицын** (1928–2013). Впоследствии, помимо правления ВНОИМ и президиума КИМ(М), в течение нескольких лет он возглавлял первый в стране Институт истории медицины НЦ «Медицинский музей» РАМН. Много десятилетий назад он был блестящим докладчиком, оппонентом на очень многих диссертациях по истории медицины. Однако, написав еще в молодости хорошую работу об А.Я. Кожевникове и московской неврологической школе, закончив аспирантуру и покинув кафедру учителя, он больше не занимался историей медицины ни как исследователь, ни как педагог: он был профессионалом (и все говорили, что очень высокого класса) в вопросах общественного здоровья и теории здравоохранения. Именно по этой специальности, а не по истории медицины, он руководил кафедрой во II ММИ и прошел в академики. Его исследования, посвященные критике зарубежных теорий медицины и здравоохранению в XX в., также написаны пером социал-гигиениста. Что же касается выпущенного им в конце жизни учебника истории медицины, то эту «странную» книгу он, по моему мнению, не только не писал, но и не читал: знаток нашей дисциплины,

он бы неминуемо заставил ее исполнителей многое переписать заново. Из его историко-медицинских работ отметим вышедший в Казани в 2006 г. под его редакцией сборник трудов под названием «Очерки истории медицины XX в.», в котором перу Ю.П. Лисицына принадлежит семь крупных глав, в основном, по глобальным вехам развития медицины и истории здравоохранения.

Профессор **Михаил Кузьмич Кузьмин** (1920–2010), ассистент и преемник Ф.Р. Бородулина по кафедре, не оставил и не мог оставить «вразумительных» трудов в области истории медицины: об этом свидетельствует тема его докторской диссертации о медиках-героях и о развитии медицинской науки в годы Великой Отечественной войны. Когда его угораздило участвовать в конкурсе на место члена-корреспондента АМН СССР, один из руководителей организационной работы академии по выборам, Н.Р. Палеев, с возмущением говорил, что сам факт подачи им документов на конкурс есть невиданный позор для академии... Как известно, членом академии М.К. Кузьмин не стал.

Единственный представитель этой школы, чей творческий итог в области истории медицины не вызывает вопросов, это – доктор медицинских наук **Норавард Андреевна Григорьян**: ей принадлежат богатые архивно-документальным материалом исследования, посвященные великим физиологам России и казанской физиологической школе. Ее успех объясняется просто: она всю жизнь напряженно трудилась в Институте истории естествознания и техники им. С.И. Вавилова РАН, где при академике Б.М. Кедрове сложилась блестящая школа историков естественных наук, бок о бок с которыми работала Н.А. Григорьян.

Член-корреспондент АМН СССР **Борис Дмитриевич Петров** (1904–1991) (за глаза он был для всех просто «Б.Д.») спустился в стан историков медицины (точнее, его спустили) прямо с партийных высот: до 1948 г. доцент Б.Д. Петров заведовал отделом здравоохранения Управления кадров ЦК ВКП(б) – КПСС. Если принять, что три самых распространенных типа советских историков медицины это – педагог, исследователь и журналист, то Б.Д. Петров был несомненным олицетворением партийного журналиста-историка, мастера острого и яркого слова. Ориентируясь на В.И. Ленина, он и сам любил подчеркнуть публицистическую направленность своих трудов. Среди его работ нет серьезных исторических исследований. Лучшая из его книг, посвященная Ибн-Сине (Авиценне), была при редактировании фактически переписана А.М. Сточиком. Вместе с тем, его вклад в историю нашей дисциплины очевиден: он выступил инициатором и организатором двух коллективных руководств: «История медицины» (1954) и «История медицины в СССР» (1964), которые стали фундаментом советской истории медицины во второй половине XX в.; под его руководством отдел истории медицины

и здравоохранения Института социальной гигиены и организации здравоохранения им. Н.А. Семашко (И.В. Егорышева, И.А. Зиновьев, Х.И. Идельчик, Е.И. Лотова, Ю.А. Шилинис и др.) был главным научно-исследовательским центром в этой дисциплине в масштабах страны. Историками-журналистами, по нашей «классификации», были и самые видные из поздних его учеников – М.Б. Мирский и М.Я. Яровинский.

Профессор **Марк Борисович Мирский** (1930–2010) оставил свидетельствующие о его высоком творческом потенциале труды, например, по истории отечественной трансплантологии (докторская диссертация) или по научной клинической школе Н.И. Пирогова: он завершил начатое В.А. Оппелем (1923) и А.М. Геселевичем (1956) исследование этой проблемы и привел убедительные доказательства того, что наряду с огромным влиянием Н.И. Пирогова на все развитие «послепироговской хирургии», была и небольшая группа прямых учеников великого хирурга, составившая «школу Пирогова». Однако большая часть его многочисленных книг и статей относится к компилятивному научно-популярному жанру. Два основных капитальных труда М.Б. Мирского: «Хирургия от древности до современности» (2000) и «Медицина России X–XX вв. Очерки истории» (2005) не написаны автором как книги, а составлены им из его же ранее опубликованных статей и книг. Конечно, и при указанном принципиальном их недостатке? обе книги имеют высокую ценность, так как содержат огромный и грамотно обработанный фактический материал для последующих исследователей. Важная заслуга М.Б. Мирского – его многолетнее творческое руководство МНОИМ, заседания которого были трибуной, где прозвучало много содержательных докладов.

Вне двух ведущих школ находились несколько известных историков медицины. «Старейшинами» среди них были М.И. Барсуков и Д.М. Российский. О профессоре **Михаиле Ивановиче Барсукове** (1890–1974) как историке и ученом сказать что-либо внятное очень трудно. Несколько его работ, посвященных начальному периоду становления советского здравоохранения, отмечены пристрастным взглядом не столько историка, сколько участника событий. Как шутили коллеги: «Да, но он Ленина видел!» Некоторое время он работал министром здравоохранения Белорусской ССР и возглавлял созданный им на базе кафедры социальной гигиены Белорусского университета Институт социальной гигиены и организации здравоохранения Белоруссии, в названии которого в отличие от аналогичного московского института слов «история медицины» не было. В возрасте 60 лет М.И. Барсуков защитил докторскую диссертацию и опубликовал монографию на тему «Великая Октябрьская социалистическая революция и организация советского здравоохранения» (1951), название которой говорит само за себя.

В отличие от него, профессор Московского университета **Дмитрий Михайлович Российский** (1887–1995) был и историком медицины, и терапевтом, и фармакологом, и библиографом и много еще кем. Биографический словарь «250 лет Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова» (2008) указывает больше 20 учреждений различных ведомств, где он трудился: легче, кажется, было бы перечислить те учреждения, где он не работал. Его выбирали (или назначали) председателем Всесоюзного общества эндокринологов, всесоюзного и московского обществ историков медицины и многих других обществ, комитетов и комиссий. Наиболее известными его трудами по истории медицины являются «Библиографический указатель русской литературы по истории медицины с 1789 по 1928 гг.» (1928), «200 лет медицинского факультета Московского государственного университета – I Московского ордена Ленина медицинского института» (1955) и «История всеобщей и отечественной медицины и здравоохранения. Библиография (1996–1954)» (1956). Такой перечень трудов не оставляет целостного впечатления.

Библиографическое направление исследований было ведущим и на кафедре истории медицины II МГМИ им. И.В. Сталина (с 1960 г. – им. Н.И. Пирогова), которая была создана в 1948 г. Ее последовательно возглавляли профессоры **Михаил Петрович Мультиановский** (1895–1972) и **Моисей Маркович Левит** (1919–1970). Оба были грамотными и здравомыслящими историками, профессиональными педагогами; под их руководством исследовались, как и требовалось «сверху», вопросы приоритетов отечественной медицины, истории общественной медицины в России, научных школ во II МГМИ. У студентов пользовался успехом учебник М.П. Мультиановского «История медицины», однако он был, прежде всего, знатоком историко-медицинской библиографии, нежели истории медицины как научной дисциплины. Наиболее известный труд М.М. Левита – справочник по медицинской периодической печати в России и СССР. Фундаментальных, в строгом смысле слова научных, исследований ни М.П. Мультиановский, ни М.М. Левит не оставили.

На той же кафедре истории медицины II МГМИ работал доцентом терапевт и историк медицины молчаливый, скромный, но упорный человек, **Александр Георгиевич Лушников** (1899–1977); в дальнейшем он защитил докторскую диссертацию, был одним из ведущих историков в Институте социальной гигиены и организации здравоохранения им. Н.А. Семашко. Он как-то ухитрялся сочетать глубоко спрятанную в его душе православную веру и идеологические «штампы» большевиков, занимался историей отечественной клиники внутренних болезней, опубликовал ряд книг по этой тематике. Конечно, «идеологемы» вроде представления о превосходстве единой русской врачебной школы над конкурентами с Запада там при-

сутствуют, но его творческое наследие глубоко и оригинально раскрывает многие черты и имена применительно к истории терапии в России в конце XVIII–XIX вв.; здесь его работы можно считать основополагающими. Клинику внутренних болезней, какой она стала в XX в., он знал недостаточно и понимал, оценивал многие явления очень субъективно: завершающую книгу трилогии об истории отечественной терапии «Клиника внутренних болезней в СССР» (1972) трудно назвать удачной.

Четвертую в Москве (после кафедр I ММИ, II МГМИ и ЦИУ врачей) кафедру истории медицины в 1983 г. в Московском медицинском стоматологическом институте им. Н.А. Семашко создал профессор **Геннадий Николаевич Троянский** (1924–2004). Стоматолог-ортопед, организатор высшего медицинского образования и историк медицины, Г.Н. Троянский основал при кафедре музей и курс медицинского музееведения, опубликовал очерки истории советской стоматологии (1983).

Невропатолог и историк медицины, доктор медицинских наук **Юрий (Георгий) Владимирович Архангельский** (1919–1999) был для коллег любимой мишенью шуток, поскольку был несколько суетливым и болтливый, и при том достаточно косноязычным, со склонностью «привирать». Но при всем своем своеобразии он относился к редкому типу настоящего ученого-книжника: он постоянно работал в архивах, очень много и очень широко знал, оригинально мыслил – у него было чему учиться, и многие учились. Так, один из современных российских историков медицины и хирургии С.П. Глянецев сообщил нам, что именно Ю.В. Архангельский приобщил его к занятиям историей медицины и преподавал первые навыки работы с архивными документами. Главный труд Ю.В. Архангельского «История неврологии от истоков до XX века» (1965) содержит очень богатый материал по истории клинической медицины. Долгие годы он занимался изучением врачебного окружения А.С. Пушкина. К сожалению, эта его работа увидела свет в «Клинической медицине» уже после кончины ее автора.

Столь же интересным историком был и научный единомышленник Ю.В. Архангельского доктор медицинских наук **Юлий Александрович Шилин** (1928–2006). Он начинал свою профессиональную историко-медицинскую деятельность сотрудником отдела Б.Д. Петрова, но язык не поворачивается назвать его представителем «школы Петрова». Знал он удивительно много, все знания складывал, копил и на телефонное обращение: «Юлик, я понимаю, что это не по твоему профилю, но вдруг у тебя есть какие-нибудь материалы о...», – следовало минутное молчание, а потом ответ: «Подожди, я должен посмотреть на антресолях». Через 10–15 минут выяснялось, что есть у него материал, документальный или иной, и очень подходящий, а на невольное удивление: «Да откуда это у тебя?» следовал небрежный ответ: «Да у меня все есть». Он занимался самыми разными проблемами истории медицины, со-

ставил блестяще разработанную историю созданной А.Б. Фохтом крупнейшей отечественной школы патологов-экспериментаторов (его докторская диссертация), многочисленные публикации, но по двум темам, которые знал глубоко, много лучше других – 1) история отечественной патологии и 2) обрусевшие немцы в отечественной медицине – его книг, к сожалению, нет.

Несколько трудов по истории хирургии написал работавший во Всесоюзном научном центре хирургии помощником его директора академика Б.В. Петровского профессор **Игорь Викторович Богорад**. Большой знаток научного и эпистолярного наследия Н.И. Пирогова, в 2006 г. вместе с «шефом» И.В. Богорад подготовил к изданию, снабдил комментариями и издал фундаментальный многотомный труд Н.И. Пирогова «Иллюстрированная топографическая анатомия распилов, произведенных в трех измерениях через замороженное человеческое тело», явившийся ценным вкладом в отечественную «пироговиану».

Из других российских историков медицины отмечу некоторых. На богатой источниковой основе профессор хирургии II МГМИ А.М. Геселевич, долгое время исполнявший обязанности секретаря «Пироговской комиссии» при АМН СССР, занимался наследием Н.И. Пирогова; изучением «пироговианы» занимался и последователь А.М. Геселевича библиограф А.Б. Серебренников; А.Г. Гериш – историей отечественной психиатрии; Н.И. Гусаков – историей дерматовенерологии и сифилидологии; А.М. Аминев, А.М. Заблудовский, В.В. Кованов – историей хирургии; В.В. Куприянов – историей анатомии; Ю.И. Миленушкин – историей микробиологии и эпидемиологии; Г.З. Рябов – историей акушерства.

Вне Москвы (Рига, Одесса) интересно работал эпидемиолог и историк эпидемиологии профессор **Константин Георгиевич Васильев** (1919 – 2015): статью о нем в этом альманахе опубликовал его сын, крупный украинский историк медицины из Одессы К.К. Васильев. В Санкт-Петербурге работали генерал-майор медицинской службы А.С. Георгиевский и ряд других авторов, опубликовавших серию работ по истории военной медицины, Военно-медицинской академии и медицинского обеспечения блокированного в годы Великой Отечественной войны Ленинграда. В Севастополе хирург И.А. Теличкин опубликовал исключительно интересную книгу, посвященную Т. Кохеру и классической немецкой хирургии. Впоследствии И.А. Теличкин эмигрировал в Западную Европу и там подуктивно работал в архиве Венского университета с документами Т. Бильрота.

На рассматриваемом этапе советской историографии сверхзадачей историко-медицинского исследования было показать превосходство единой русской врачебной школы (хотелось бы знать, что это такое) над европейскими конкурентами, функционального направления отечественной медицины над анатомическим, локалистическим подходом европейской медицины,

во что бы то ни стало выявить приоритеты отечественных ученых. Исторические свидетельства при этом часто замалчивались, игнорировались. Ведь и С.П. Боткин, и Г.А. Захарьин – основоположники клинической медицины в России – говорили о прямом влиянии на них Р. Вирхова (кстати, высоко ставившего роль эксперимента), ведь клиничко-экспериментальное направление работ школы С.П. Боткина имело базой, в частности, экспериментальную патологию Л. Траубе, с которой знакомились вся Европа, и т.д. Что касается приоритетов, то появились анекдотические – симптом Щеткина (вместо Блюмберга) при «остром животе», болезнь Сокольского (вместо Буйо) (ревматизм), синдром Иценко (вместо Кушинга) и множество других подобных «чудес». Ведущие советские историки медицины не заботились о том, чтобы идти в ногу с европейской исторической мыслью, развивавшейся в XX в. стремительными темпами, чем мы обязаны, в первую очередь, парижской школе журнала «Анналы» (М. Блок, Л. Февр, Ф. Бродель, Ж. Ле Гофф и др.). Методология наших исследований оставалась прежней, и, прежде всего, классовой. Начало нового этапа истории нашей дисциплины как учебно-научной совпало с крушением СССР, с соответствующей сменой господствующих идеологических установок и связано, прежде всего, с деятельностью А.М. Сточика.

Профессор **Андрей Михайлович Сточик** (1939–2015) не принадлежал ни к школе Ф.Р. Бородулина, ни к школе Б.Д. Петрова. Профессор ЦИУ врачей **Эдуард Дмитриевич Грибанов** (1932–2005) и другие московские историки медицины спрашивали себя и друг друга: «Откуда он вообще взялся, этот варяг»? И действительно, А.М. Сточик начинал не как историк медицины, а как профессионал-энциклопедист, много лет поднимаясь по карьерной лестнице в Главной редакции Большой медицинской энциклопедии, под руководством профессора И.П. Лидова. В историю медицины он пришел широко образованным, оригинально мыслящим зрелым исследователем. Не имевший во многом политизированного советского историко-медицинского опыта, он как никто, понимал, что «поезд» истории медицины движется по тупиковому пути, что ее методологическую основу надо освободить от марксистской и позитивистской догматики, а фактографию – от ошибок недавнего прошлого, от цепей мифологизации. Однако, став единоличным лидером (академик, затем – главный ученый секретарь Президиума АМН и заведующий кафедрой истории медицины и культурологии ММА им. И.М. Сеченова, одновременно – генеральный директор НПО «Медицинская энциклопедия» и директор издательства «Медицина»), он, к сожалению, уверовал в классическую формулу: «Есть две точки зрения. Одна – моя. Другая – неверная». Поэтому в его время (1990-е–2000-е гг.) российская история медицины продвигалась вперед главным образом трудами самого А.М. Сточика и возглавляемых им коллективов кафедры и НПО. Нельзя при этом не отметить, что многие умные люди

всегда подчеркивали: наука успешнее развивается в тех областях, где конкурируют разные идеи, взгляды и методы.

Заслуги А.М. Сточика перед историей медицины России удачно сформулированы в некрологе «Памяти академика Андрея Михайловича Сточика», который предпослан посвященному ему сборнику «Материалы международной конференции Медицинская профессура СССР» (2015). Во-первых, его энциклопедический опыт помог ему создать фундаментальную статью «Медицина» для третьего издания БМЭ (1980), где прослеживаются пути становления медицины в мировом и отечественном масштабах. По размерам это, конечно, не статья, а крупный книжный том; под статьей подписан коллектив авторов, но в качестве одного из них могу уточнить: не меньше трех четвертей всего текста написаны лично А.М. Сточиком. После выхода этой статьи его «амикошонный» друг Ю.П. Лисицын говорил: «Сточик – гений компиляции». И добавлял, улыбаясь: «Впрочем, себя я тоже считаю гением того же самого».

Во-вторых, А.М. Сточик с сотрудниками внес огромный вклад в разработку темы истории высшего медицинского образования в России и, прежде всего, в реконструкцию истории медицинского факультета Московского университета: этим вопросам посвящены его многочисленные статьи и серия монографий. Особое место здесь занимает созданный им как основным составителем и редактором уникальный биографический словарь сотрудников и питомцев медицинского факультета Московского университета – I ММИ – ММА им. И.М. Сеченова (2008). И в-третьих, в последние годы жизни научно-исследовательская работа академика и его сотрудников была посвящена новой и сложнейшей теме реформирования медицины в процессе научных революций XVII–XIX вв.: он успел опубликовать многочисленные статьи и серию монографий по этой теме.

Не менее важны результаты научно-организационной деятельности А.М. Сточика: вначале он создал научно-исследовательскую лабораторию по истории медицины в возглавляемом им НПО «Медицинская энциклопедия», реорганизованную в конечном итоге в НИИ истории медицины РАМН (2006), жизнь которого, к сожалению, оказалась очень короткой¹. По его инициативе и при его консультативном руководстве был создан Музей истории медицины ММА им. И.М. Сеченова. Он основал и редактировал первый в нашей стране историко-медицинский ежегодник «Исторический вестник ММА им. И.М. Сеченова»: с 1992 г. вышло 25 выпусков этого интереснейшего периодического издания. Без всякого сомнения, А.М. Сточик был яркой личностью, наделенной совершенно исключительными творческими и

¹ В 2014 г. еще при жизни А.М. Сточика выпестованный им институт был объединен с Национальным НИИ общественного здоровья РАМН, а затем – ФАНО и прекратил свою недолгую, но очень полезную и плодотворную деятельность.

организаторскими способностями; вместе с тем, он был довольно трудным для себя и для окружающих человеком со сложным и неоднозначным характером. Сейчас, по прошествии некоторого времени, думаю, что в начале XIX в. рядом со А.М. Сточиком в российской истории медицины, пожалуй, нет человека, сравнимого с ним по масштабу личности. Поэтому на нем я и закончу свои краткие заметки.

Но их концовка будет, как ни странно, оптимистичной. Нельзя не видеть очевидное: в XXI в. депрессия в нашей истории медицины сменилась явным оживлением. К активно действующему Московскому, Санкт-Петербургскому и некоторым региональным обществам историков медицины в 2014 г. добавилось Российское общество историков медицины (РОИМ), которое прошло регистрацию в Минюсте России, восстановлено как член Международного общества историков медицины и объединяет больше 250 членов по всей России. Регулярно выходят (на русском и английском языках) номера журнала «История медицины» – первого специального журнала по проблемам нашей дисциплины. В Московском государственном медико-стоматологическом университете им. А.И. Евдокимова и в Первом Московском государственном медицинском университете им. И.М. Сеченова впервые введена практика приглашения видных европейских и американских специалистов для чтения лекций по актуальным вопросам истории медицины. В воссозданном Российском музее истории медицины активно ведется формирование его коллекции. В Минздраве России создан Совет по развитию историко-медицинских музеев. Посвященные изучению Галена и галенизма научные конференции на кафедре истории медицины и культурологии I МГМУ им. И.М. Сеченова проходят с участием ведущих зарубежных специалистов. Публикуются монографии, лекции, учебники и учебные пособия. Видные историки медицины участвуют в научной жизни академических институтов всеобщей истории, философии, истории естествознания и техники, трудятся в некоторых клинических научных центрах и институтах. Конечно, это заметное обновление и оживление нашей историко-медицинской жизни не безмянное; оно не свалилось на нас само собой. Но я не буду называть имена живущих и ныне действующих коллег-современников: все-таки историк лучше видит на расстоянии. Попытка оценки действующих фигур истории медицины – дело для историка сомнительное по своей научной корректности. Придут десятилетия, и время расставит все по своим местам.

ПРОФЕССОР КОНСТАНТИН ГЕОРГИЕВИЧ ВАСИЛЬЕВ (1919–2015) – ПАТРИАРХ СОВЕТСКИХ ИСТОРИКОВ МЕДИЦИНЫ

Васильев К.К.

Одесский медицинский университет (Одесса, Украина),

Васильев Ю.К.

Сумской медицинской университет (Сумы, Украина)

26 сентября 2015 г. в Одессе скончался выдающийся представитель советской школы историков медицины и эпидемиологии, доктор медицинских наук профессор Константин Георгиевич Васильев. В 1967–1974 гг. он возглавлял Украинское республиканское общество историков медицины. В течение многих лет был членом правления Всесоюзного научного общества историков медицины, а после образования Конфедерации историков медицины (международной) был почетным членом правления этой Конфедерации. Еще при жизни К.Г. Васильева краткие справки о нем появились в различных справочниках и энциклопедиях [1-6], а статьи к его юбилеям были опубликованы в России, Украине и Латвии [7-20]. Они, конечно, не могли и не претендовали на полное раскрытие биографии профессора К.Г. Васильева. В данном сообщении мы хотим подвести первые, пусть и поверхностные, итоги его жизни и деятельности. Источниковой базой исследования стали личное дело К.Г. Васильева, хранящееся в научном архиве Одесского национального медицинского университета [21], а также его домашний архив и воспоминания [22].

Константин Георгиевич Васильев родился 27 декабря 1919 г. в Омске. Советской власти в тех краях в то время еще не было, а это значит, что летоисчисление велось по старому (юлианскому) календарю. Поэтому в документах К.Г. Васильева значится именно эта дата, а не 9 января 1920 г. (по новому, григорианскому летоисчислению).

Васильевы происходили из «колокольного дворянства». Дед Константина, Алексей Павлович Васильев, окончивший Тобольскую духовную семинарию, был священнослужителем, скончался в 1930-е гг. на пароходе, плывшем из Тобольска в Омск, и был похоронен на Казачьем кладбище в Омске. «Отец папы – высокий, статный, всегда в рясе с крестом на груди; сын его Георгий, мой отец, был похож на него», – вспоминал К.Г. Васильев. Его супругой была Лидия Ивановна Сентяшева († после смерти мужа и до 1941 г.), дочь протоиерея Благовещенской церкви в Тобольске Ивана Георгиевича Сентяшева (ок. 1829–1907). Отец Алексей унаследовал от тестя приход, а до этого служил в одной из сельских церквей в окрестностях Тобольска. Благовещенская церковь в Тобольске была рядом с домом губернатора, где в августе 1917 г. большевики поместили последнего российского императора

Николая II и его семью. Вплоть до расстрела в апреле 1918 г. царственная семья посещала Благовещенскую церковь, а ее настоятель отец Алексей был духовником царской семьи. Но это – другая история, требующая отдельного рассказа.

В семье отца Алексея было 12 детей, семеро из которых умерли в детстве. Одним из выживших был Георгий Алексеевич Васильев (1893 – 1984), отец К.Г. Васильева. Он получил образование в Тобольской духовной семинарии и Петроградской духовной академии, в годы Гражданской войны служил интендантом при ставке адмирала А.В. Колчака, а в советские годы работал учителем. Мать К.Г. Васильева – Елизавета Константиновна, урожденная Жукова (1887 – 1942), дочь офицера Сибирского казачьего войска Константина Ивановича Жукова († до 1917 г.) и Александры Яковлевны Жуковой, урожденной Григорович († начало 1920-х гг.). Елизавета Константиновна окончила акушерские курсы (повивальную школу) в Москве, а в 1915 г. значилась в списке сестер милосердия Омской общины, находящихся в военно-санитарных учреждениях военного ведомства и Российского общества Красного Креста [23, С. 71]. Такое «смешанное» социальное происхождение не могло не сказаться на жизненном пути К.Г. Васильева.

В 1936 г. он поступил в Омский медицинский институт, для того времени – сравнительно молодой «рассадник» высшего образования, организованный в 1920 г. буквально на пустом месте. Большую часть клинических кафедр ОмГМИ занимали опытные, в прошлом – практикующие врачи. Хотя не все из них интересовались научными исследованиями, но, как опытные клиницисты, читали очень понятные для студентов лекции, сообщая то, что будет нужно врачу-клиницисту. Многие из заведовавших теоретическими кафедрами начали свою педагогическую деятельность в старейшем университете Сибири – Томском. Среди них выделялся профессор Ксенофонт Михайлович Гречищев (1873–1957) – известный «областник», читавший гигиену. На втором курсе К.Г. Васильев пристрастился к спорту. Он стал тренироваться под руководством молодого преподавателя Константина Николаевича Энгельгардта, в прошлом – известного спортсмена, занимаясь легкой атлетикой летом, а зимой – лыжами. Встреча с К.Н. Энгельгардом стала одной из счастливых случайностей в жизни студента Васильева, до конца своих дней испытывавшего потребность в постоянных физических упражнениях. В конце своей долгой жизни К.Г. Васильев говорил: «Меня сделали мама, спорт и, как ни странно, армия!»

«В 1939 г. началась мировая война, – вспоминал К.Г. Васильев. – Я помню митинг, состоявшийся по этому поводу на центральной площади города. Содержание речей не помню, но особых тревог это событие не вызывало. Затем последовали походы Красной Армии в Прибалтику, Западную Украину, Молдавию. Это тоже не вызвало особых беспокойств, и поэтому, как гром

среди ясного неба, явилось нападение немецко-фашистских войск 22 июня 1941 г. В тот день я готовился к сдаче последнего государственного экзамена, кажется это были акушерство и гинекология, а дальше все как в калейдоскопе; 23 июня сдал последний госэкзамен, 27 – выпускной вечер и вручение диплома врача, а на другой день – вызов в военкомат. 3 июля 1941 г. я ушел из родного дома на фронт» [22, С.19-20].

Службу молодой военный врач проходил на Дальнем Востоке. «В моем военном билете, который я храню, как особо дорогую для меня реликвию, в графе “участие в боевых действиях” записано: “с 07.1941 по 09.1945” (конец войны с Японией). И должен сказать, что это, мягко сказать, большое преувеличение. Ни в каких “боевых действиях” я не участвовал» [22, С. 20]. Принцип распределения по частям был один: имеешь стаж врачебной работы – идешь в лечебное учреждение, не имеешь – отправляешься в воинскую часть. Так военврач III ранга К.Г. Васильев оказался в 110-м отдельном зенитном артиллерийском дивизионе (ОЗАД). Это дивизион, находившийся в войсковом районе, был армейского подчинения, должен был прикрывать штаб армии и потому всегда следовал за ним. Мощные тракторы таскали 75-миллиметровые зенитные орудия, а личный состав, в том числе медчасть, следовал за ними на автомашинах. Служил младшим, а через некоторое время – старшим врачом дивизиона. Орудийные расчеты жили прямо на огневых позициях в землянках. Медицинский пункт также располагался либо в землянках, либо во временно приспособленных домах. Обязанности К.Г. Васильева наполовину состояли из обязанностей санитарного врача, их четверть приходилась на всевозможные организационно-административные обязанности и только 25 % – на лечебную работу. Войну Константин Георгиевич закончил в составе I Дальневосточного фронта.

С 1946 г. он продолжил службу в окружной вирусологической лаборатории в Ворошилове (ныне Усурийск), создание которой было связано с комплексными экспедициями Народного комиссариата здравоохранения СССР, работавшими на Дальнем Востоке (начиная с 1937 г.) и изучавшими клещевой энцефалит. Эти экспедиции собрали материалы, заложившие основу учения об эпидемических энцефалитах в Советском Союзе.

Сотрудники лаборатории нередко прикомандировывались к отдельным группам экспедиций. Так К.Г. Васильев побывал в группе паразитологов у П.А. Петрищевой, затем немного работал с зоологами и в конце осел в качестве эпидемиолога в группе вирусологов у А.А. Смородинцева (1901–1986) и А.И. Дробышевской. «Попав в вирусологическую группу экспедиции, – вспоминал К.Г. Васильев, – я встретился с Анатолием Александровичем Смородинцевым, человеком удивительным и до сих пор служащим для меня примером внутренней собранности, целенаправленности и непреклонности в научных исканиях и жизненной борьбе. И хотя формально никто меня к

нему не прикреплял, Анатолий Александрович был и остается моим первым учителем в науке. Именно с дней работы в его группе я отсчитываю начало своей научной деятельности, и то, что было заложено тогда, останется со мной до конца моих дней. Таково великое преимущество первого учителя: после него можешь встречаться с десятками ученых, может быть, крупнее или лучше него, но то, что заложил первый, никогда не сотрется» [22, С. 45].

Под руководством А.А. Смородинцева Константин Георгиевич стал изучать эффективность вакцинации против клещевого и японского энцефалитов и эпидемиологию геморрагического нефрозонефрита. Впоследствии результаты этих исследований в соавторстве с А.А. Смородинцевым были опубликованы в 31-м томе фундаментального труда «Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.» (М., 1955).

В отзыве на научные труды К.Г. Васильева тех лет академик АМН СССР А.А. Смородинцев писал: «В 1947–1948 гг. К.Г. Васильев работал эпидемиологом в руководимой мною Дальневосточной экспедиции АМН СССР в Приморском крае по изучению территориального распространения впервые открытой вирусной инфекции – геморрагического нефрозонефрита (геморрагической лихорадки с почечным синдромом). Он выявил непосредственную связь распространения новой болезни с определенными ландшафтными зонами и впервые доказал ее природную очаговость» [24].

В 1948 г. К.Г. Васильев был уволен в запас. Он поехал в Ленинград к А.А. Смородинцеву, но так как мобилизован он был не из Ленинграда, поселиться в этом городе ему не удалось, поэтому он выбрал Ригу, как сравнительно недалеко находящуюся от города на Неве. В Риге он работал в Министерстве здравоохранения Латвийской ССР (1948–1949) и в Латвийском институте физкультуры (1949–1950), а в 1950 г. снова был призван в ряды Вооруженных сил СССР. Службу (по январь 1956 г.) проходил в Прибалтийском военном округе: эпидемиологом в 43-ой гвардейской стрелковой Латышской Рижской дивизии и специалистом-вирусологом в санитарно-эпидемиологическом отряде. В 1957 г. К.Г. Васильев был избран по конкурсу на должность старшего научного сотрудника Института микробиологии АН Латвийской ССР, а в 1963 – 1966 гг. возглавлял отдел вирусологии Центральной научно-исследовательской лаборатории Рижского медицинского института. В Риге в 1949 г. он женился на Нине Ивановне Васильевой (1921–1999), которая, имея высшее юридическое образование, немного участвовала в историко-медицинских исследованиях, занимаясь пограничной между юриспруденцией и медициной проблемой – историей медицинского законодательства. Она была незаменимым помощником супруга в редактировании его работ и их строгим критиком, дотошно выискивая все опечатки и описки. В 1951 г. у них родился один из авторов этой статьи – сын Константин.

В Риге под руководством А.А. Смородинцева К.Г. Васильев оформил кандидатскую диссертацию об эпидемиологии геморрагического нефрозонефрита, материалы для которой были собраны им на Дальнем Востоке. Данные по инфекционной заболеваемости в те годы были засекречены, и поэтому защита диссертации в в 1951 г. в Ленинграде прошла в закрытом совете. Но в совет поступил донос из г. Ворошилова о возможном разглашении диссертантом неких секретных данных. Делом занялась военная прокуратура, затем наступил 1953 г., смерть Сталина, и майор медицинской службы К.Г. Васильев получил устный выговор командира дивизии без занесения в личное дело. Однако в результате всех этих перипетий кандидатом медицинских наук он не стал. Пришлось ему повторно начать собирать материалы. Научным руководителем его второй кандидатской диссертации на тему «Истоки русской эпидемиологии», защищенной в 1957 г., стал заведующий кабинетом истории микробиологии и эпидемиологии Института эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалея Юрий Иванович Миленушкин (1908 – 1977). Логичным продолжением темы кандидатской диссертации, стала защищенная в 1962 г. докторская под названием «Эпидемиологическая заболеваемость и организация противоэпидемических мероприятий в Прибалтике в XIX веке»,

В области эпидемиологии в течение многих лет основным направлением научных исследований К.Г. Васильева было эпидемиологическое изучение средств специфической профилактики вирусных болезней. В конце 1958 г. из Ленинграда в Ригу, где в то время работал К.Г. Васильев, прилетел А.А. Смородинцев, который, как вспоминал Константин Георгиевич, «вызвал меня, и мы отправились в Министерство здравоохранения Латвийской ССР, а затем – в Рижский горздравотдел. С этого момента я стал как бы его уполномоченным по проведению вакцинации против полиомиелита в Латвии. <...> Массовой вакцинации живой вакциной предшествовало изучение ее реактогенности. С этой целью с 20 по 30 января 1959 г. в Риге было привито живой вакциной 9687 детей дошкольного и школьного возраста. В каждом детском учреждении и школе была выделена группа непрививаемых детей (внутренний контроль), составлявшая не менее 30% от общего числа детей. Кроме того, для наблюдения и сравнения в соседнем городском районе были взяты под наблюдение 4300 детей того же возраста, не получивших прививки. <...> Более чем двухмесячные наблюдения за привитыми и сравнительное изучение заболеваемости в группах привитых и непривитых детей показали, что живая вакцина против полиомиелита, вводимая через рот, почти не вызывает реакций у детей» [22, С. 82-83]

На основании изучения проведенной в Риге вакцинации было принято решение о проведении уже массовой иммунизации во всех городах и 21 районе республики, которая началась в том же 1959 г. Тогда под руководством

А.А. Смородинцева массовые прививки детей, кроме Латвии, проводились в Белоруссии и Молдавии. Под руководством М.П. Чумакова подобный опыт был распространен на Эстонию, Украину и Узбекистан. Так, в Латвии было привито 420 тысяч детей в возрасте до 14 лет. Наблюдение продолжалось 8 месяцев (с 1 июня 1959 г. по 1 февраля 1960 г.). В это время К.Г. Васильев не имел покоя. О каждом случае заболевания полиомиелитом или подозрения на него ему сообщали по телефону, и он немедленно отправлялся на место происшествия, куда одновременно вызывались клиницисты. К.Г. Васильев проводил эпидемиологическое обследование, а клиницисты подтверждали или отвергали диагноз полиомиелит.

В 1960 г. на основании результатов гигантского эпидемиологического эксперимента, проведенного под руководством А.А. Смородинцева и М.П. Чумакова, показавшего бесспорную эффективность живой противополиомиелитной вакцины, в Советском Союзе началась поголовная иммунизация против полиомиелита всего населения СССР в возрасте от 2 месяцев до 20 лет. В 1962 г. после резкого снижения заболеваемости полиомиелитом во всей стране работы по эпидемиологическому изучению и внедрению в практику живой противополиомиелитной вакцины были выдвинуты на Ленинскую премию. В списке представленных на соискание премии были А.А. Смородинцев и его сотрудники: А.И. Дробышевская, В.И. Ильенко, К.Г. Васильев, В.И. Вотяков и группа М.П. Чумакова из пяти человек, в том числе супруга последнего М.К. Ворошилова. Вскоре после опубликования списка в газете «Известия» от 5 декабря 1962 г. между руководителями научных групп возникли разногласия по поводу номинантов. В результате в 1963 г. за изучение и внедрение в практику здравоохранения живой вакцины против полиомиелита Ленинской премии были удостоены только руководители проекта – А.А. Смородинцев и М.П. Чумаков. Результатом участия К.Г. Васильева в его борьбе с полиомиелитом в СССР стала написанная им монография «Эпидемиология и проблема ликвидации полиомиелита в Латвийской ССР» (Рига, 1960. – 107 с.).

Непосредственно с изучением эффективности вакцин связаны его работы по совершенствованию методов эпидемиологических исследований, организации и планированию эпидемиологических опытов, сероэпидемиологии, моделированию эпидемического процесса. Эти вопросы освещены им в монографических работах как рижского, так и одесского периода его научной деятельности: «Эпидемиологическое изучение живых вирусных вакцин» (Рига, 1961. – 63 с.), «Живые вирусные вакцины. Планирование и организация эпидемиологического опыта» (Киев: Здоров'я, 1969. – 104 с.), «Методы исследования в эпидемиологии» (Кишинев, 1971. – 188 с.; в соавт. с Э.Н. Шляховым), «Аналитическая эпидемиология» (Таллин, 1977. – 296 с.; в соавт. с И.К. Рейнару и В.Н. Ягодинским), «Методы эпидемиологиче-

ского изучения неинфекционных болезней» (Киев, 1983. – 229 с.; в соавт. с А.М. Голяченко).

В Риге у К.Г. Васильева появились первые ученики, защитившие кандидатские диссертации по темам: «Эпидемический паротит у взрослых» (В.Н. Ремеров, 1964; в качестве диссертации он представил свою монографию, изданную под тем же названием в Риге в 1961 г.); «Эпидемиология и некоторые вопросы специфической профилактики эпидемического паротита в Латвийской ССР» (С.Ф. Александрова, 1965), «Эпидемиология кори в Латвийской ССР и изучение средств ее специфической профилактики» (Р.П. Феоктистова, 1965), «Эпидемиологическое изучение распространения инфекционных болезней в городе Риге за период с 1896 по 1945 годы в связи с разработкой мер по их профилактике» (Р.П. Богачева, 1966), «Движение заболеваемости гриппом и динамика иммунологических показателей к этой инфекции у населения г. Риги за период с 1957 по 1965 годы» (А.К. Берзупе, 1967). В Риге К.Г. Васильев встретил своего первого учителя в области истории медицины – Павла Ивановича Страдыня (Pauls Stradiņš; 1896 – 1958). Академик АН Латвийской ССР, член-корреспондент АМН СССР, профессор-хирург по своей основной специальности, П.И. Страдынь был организатором и первым председателем Общества историков медицины Латвии. Он собрал большую историко-медицинскую коллекцию, которая стала основой Музея истории медицины в Риге, ныне носящего его имя. Говоря об учителях К.Г. Васильева в области истории медицины, необходимо упомянуть и профессора Михаила Ивановича Барсукова (1890–1974) – председателя Всесоюзного научного общества историков медицины, влияние которого на него нельзя отрицать.

По предложению профессора П.И. Страдыня Константин Георгиевич взялся за сбор статей, редактирование и издание сборников «Из истории медицины». Первый том увидел свет в 1957 г., еще при жизни П.И. Страдыня, второй (в 1959 г.) и последующие – после его кончины. Всего было издано 19 томов, последний из которых вышел в 1990 г. В постсоветскую эпоху (с 1992 г.) эти сборники продолжают выходить в Риге под заголовком *Acta medico-historica rigensia*. К.Г. Васильев состоял в редакционных коллегиях первых четырех томов сборников «Из истории медицины» (1957 – 1962 гг.) и был ответственным редактором следующих трех томов этих сборников (1963–1967 гг.).

В 1956 г. по предложению П.И. Страдыня К.Г. Васильев был избран ответственным секретарем Общества историков медицины Латвии и до своего отъезда из Риги в 1965 г. участвовал в организации всех мероприятий этого общества [25-29]. В этой связи особого внимания заслуживают межреспубликанские конференции по истории науки в Прибалтике. Первая была проведена в Риге в 1958 г., вторая – в Тарту в январе 1959 г., третья – в Вильнюсе

в ноябре 1959 г., четвертая – снова в Риге в 1962 г. [30-31]. На этих Прибалтийских конференциях были секции, в том числе по истории медицины [32-33].

С 1991 г. эти конференции стали именоваться не «Прибалтийскими», а «Балтийскими». И если в советское время языком публикаций и выступлений на них был русский, то в постсоветское – английский, хотя доклады иногда делаются по-прежнему на русском языке. В 2014 г. 26th International Baltic Conference in History of Science впервые прошла в Финляндии (Хельсинки) и, таким образом, теперь эти международные конференции попеременно проходят не в трех, а в четырех балтийских странах, а историков науки (в том числе и историков медицины) этих государств объединяет ныне Baltic Association of the History and Philosophy of Science [34]. К.Г. Васильев был постоянным участником этих научных форумов. В 1986 г. он (в соавторстве) составил подробный обзор первых четырнадцати конференций 1958–1985 гг. [35].

В своих историко-медицинских публикациях К.Г. Васильев последовательно защищал и обосновывал представление о необходимости использования исторического подхода как метода познания общемедицинских проблем и эпидемиологических закономерностей. Он предложил и развил оригинальное научное направление – «историческая эпидемиология» (изучение истории распространения инфекционных болезней с целью уяснения их эпидемиологических особенностей). Это направление К.Г. Васильев выдвинул и обосновал в монографиях: «История эпидемий в России» (М.: Медгиз, 1960. – 397 с. в соавт. с А.Е. Сегал); «История эпидемий и борьбы с ними в России в XX столетии» (М.: Медицина, 2001. – 256 с.) и других работах. Развитие оно получило и в вышеназванных диссертациях его учеников.

Константин Георгиевич – автор первых советских монографий по истории медицины и здравоохранения Латвии и Эстонии: «Материалы по истории медицины и здравоохранения Латвии» (Рига, 1959. – 360 с. в соавт. с Ф.Ф. Григораш и А.А. Краусс), «Очерки истории медицины и здравоохранения Латвии» (М.: Медицина, 1964. – 217 с. в соавт. с Ф.Ф. Григораш), «Развитие медицинского дела в Прибалтийском крае в XIX веке» (Рига: Зинатне, 1965. – 231 с. в соавт. с В.В. Канеп). Эти исследования были первым опытом последовательного и строго систематизированного изложения истории медицины и здравоохранения Латвии и Эстонии с древнейших времен до середины XX столетия.

Позднее, уже в одесский период жизни и деятельности, в соавторстве с А. Эндзином, В. Сюдикасом и К.К. Васильевым профессор К.Г. Васильев издал на литовском языке монографию о деятельности И.-П. Франка и И. Франка в Вильнюсе и Петербурге: *Iš medicinos istorijos: Johano Peterio Franko ir Jozefo Franko veikla Vilniuje ir Peterburge* (Vilnius, 1983. – 80 с.),

а в 2007 г. выпустил монографию «Балтийский мост. (Историко-медицинский очерк)» (Одесса, 2007. – 88 с.). В последней обсуждается концепция, согласно которой территория Прибалтийского края («Остзейские» губернии – Лифляндская, Курляндская и Эстляндская) в XVIII – XIX вв. была связующим звеном, «мостом» между наукой (в том числе медицинской) Востока и Запада, между двумя цивилизациями: лютеранско-католической – на Западе и, православной – на Востоке. История медицины на территории современной Латвии и Эстонии в XVIII – XIX столетиях – это история медицины единого прибалтийского этноса, в связи с чем изучать ее надо как нечто целое, а не дробить на отдельные национальные куски.

Отметим также диссертационные (кандидатские) работы по истории медицины, выполненные под руководством К.Г. Васильева: «Состояние, пути и перспективы развития лечебно-профилактического обслуживания взрослого населения Эстонской ССР» (А.А. Сарап, 1965), «Развитие врачебно-медицинского дела в Прибалтийском крае в XIX веке» (В.В. Канеп, 1966). Материалы последней диссертации нашли отражение вышеуказанной монографии «Развитие медицинского дела в Прибалтийском крае в XIX веке».

Уже работая в Одессе, К.Г. Васильев был научным консультантом докторской диссертации В.В. Канепа «Закономерность и перспективы развития советского здравоохранения в Латвии» (1970), в которой были представлены и демографические данные, что сделало работу закрытой, но в ту эпоху считалось, что лучше и легче защищать именно такие «закрытые» диссертации. Кроме того, в годы советской власти поощрялись диссертации, освещающие, прежде всего, советский период истории России и союзных республик. При этом предполагалось, что в такой диссертационной работе будут показаны успехи, достигнутые в той или иной республике, благодаря приходу к власти большевиков. В 1971 г. В.В. Канеп издал свою диссертацию в сокращенном виде под названием: «Закономерности и перспективы развития здравоохранения в Латвийской ССР» (Рига: Звайгзне, 1971. – 238 с.). Профессор К.Г. Васильев был также научным консультантом докторской диссертации А.А. Сарапа «Основные этапы развития медицины и здравоохранения в Эстонской ССР» (1974), но она не была утверждена ВАК при СМ СССР.

Отметим еще одну кандидатскую диссертацию по истории медицины Прибалтики, выполненную под руководством К.Г. Васильева и также пришедшуюся на одесский период его деятельности: «Развитие гигиенической науки в Тартуском (б. Дерпском, Юрьевском) университете. 1802–1917 гг.» (1972). Ее автор Виктор Владимирович Калнин (Viktor Kalnin; 1929–1993) был преподавателем кафедры гигиены и организации здравоохранения Тартуского университета (с 1974 г. – доцент) и знатоком его истории.

С 1966 г. К.Г. Васильев заведовал кафедрой эпидемиологии в Одесском медицинском институте им. Н.И. Пирогова (ныне Одесский национальный

медицинский университет) и возглавлял ее по 1982 г. Когда эта кафедра была объединена с кафедрой инфекционных болезней, он стал руководителем курса эпидемиологии этой кафедры.

Кафедра эпидемиологии ОдГМИ имела давнюю историю. Она была организована Д.К. Заболотным и была первой в стране. На этой кафедре стал работать Лев Васильевич Громашевский (1887–1980), став вторым ее заведующим. Первое знакомство К.Г. Васильева с академиком АМН СССР Л.В. Громашевским состоялась в 1956 г. в Риге, хотя еще до этого он считал себя его учеником – на фундаментальном учебнике Льва Васильевича воспитывалось не одно поколение эпидемиологов. К.Г. Васильев – автор воспоминаний об академике Л.В. Громашевском [36].

В Одессе ученики профессора К.Г. Васильева подготовили и защитили кандидатские диссертации: «Орнитоз в городе Одессе. (Серологическое и вирусологическое исследования)» (В.В. Ткачук, 1967); «Сравнительное изучение особенностей течения эпидемиологического процесса при кори, ветряной оспе, эпидемическом паротите и коклюше в период снижения заболеваемости детскими инфекционными заболеваниями в Одессе» (В.А. Сочинский, 1970); «О роли серых крыс в распространении токсоплазмоза в условиях города Одессы» (Р.А. Шерстюк, 1970); «Природная очаговость лептоспирозов на территории Одесской области» (А.И. Буров, 1972). Особо надо отметить докторскую диссертацию В.Н. Ягодинского «Цикличность эпидемического процесса» (1971). В этой фундаментальной работе автор показал зависимость циклов эпидемий от солнечных ритмов, дав современные теоретические и практические обоснования прогнозов эпидемий. Диссертация, успешно защищенная в Одессе, в ВАКе подверглась критике ретроградов. Поскольку автор развил в ней основные положения работ одного из основателей гелиобиологии А.Л. Чижевского (1897–1964), они усмотрели в ней попытку «протащить» чуждые марксизму-ленинизму идеи о влиянии циклов активности Солнца на социально-исторические процессы (то есть на революции, войны и т.д.), что, конечно же, не являлось предметом исследования диссертанта-эпидемиолога.

Одесские ученики профессора К.Г. Васильева получали от него темы и по истории эпидемиологии и микробиологии, что нашло отражение в нескольких кандидатских диссертациях: «Роль научной школы Д.К. Заболотного в развитии эпидемиологии» (Э.Д. Гольд, 1970); «Л.А. Тарасевич и его роль в развитии советской медицинской науки» (Е.П. Попушой, 1970; материалы исследования нашли отражение в монографии, изданной одновременно на русском и молдавском языках: К.Г. Васильев, Е.П. Попушой, Э.Ю. Гольд. Человек редкой самобытности. – Кишинев: Картя Молдовеняскэ, 1970. – 168 с.); «Распространение и эпидемиологические особенности возвратного тифа в России и СССР» (Е.Р. Осипова, 1972).

Важным этапом в научной деятельности К.Г. Васильева явилась борьба с эпидемией холеры в Одессе в 1970 г. Им была организована бактериологическая лаборатория, на которой работали микробиологи Одессы, а в качестве обслуживающего персонала – студенты Одесского медицинского института им. Н.И. Пирогова. За деятельное участие в ликвидации этой эпидемии К.Г. Васильев был награжден орденом Трудового Красного Знамени. Она также повлияла на тематику исследований его одесской научной школы. Основой для нее стала борьба с эпидемиями инфекционных болезней в портовых городах. Затем тема расширилась. В нее были включены вопросы санитарной охраны морских границ, а затем и переход от санитарной охраны границ к санитарной охране территорий. На эту тему была опубликована монография «От санитарной охраны границ к санитарной охране территорий» (М.: Медицина, 1974. – 208 с. в соавт. с Э.Ю. Гольд и Л.М. Марчук; диплом III ст. за лучшую книгу за подписью министра здравоохранения СССР Б.В. Петровского от 29 мая 1975 г.). Надо отметить также некоторые кандидатские диссертации, защищенные под научным руководством профессора К.Г. Васильева по данной тематике: «Борьба с грызунами на судах и в портах как мера профилактики чумы (по материалам портов Украины)» (В.И. Соловьев, 1974); «Смесь бромистого метила и углекислоты как средство борьбы с грызунами и насекомыми на судах и береговых объектах» (В.М. Снедко, 1975); «Планирование и организация мероприятий по санитарной охране морских границ» (В.И. Зубко, 1975). В 1980-е гг. К.Г. Васильев сформулировал концепцию морской эпидемиологии. Ей были посвящены монографии К.Г. Васильева «Морская эпидемиология. (Теория и практика эпидемиологических исследований в области морской медицины)» (Одесса, 1984. – 121 с.; депонировано в ВНИИМИ МЗ СССР, Д-7996-84) и «Очерки морской эпидемиологии» (Одесса, 2004. – 117 с. в соавт. с А.И. Гоженко).

Возглавляя Украинское республиканское историко-медицинское общество (1967–1974), профессор К.Г. Васильев был одним из инициаторов и организаторов проведения ряда историко-медицинских форумов: в 1968 г. в Тирасполе – конференции, посвященной 100-летию со дня рождения Л.А. Тарасевича [37]; в 1969 г. в Николаеве – научно-практической конференции, посвященной 225-летию со дня рождения выдающегося отечественного эпидемиолога Д. Самойловича [38]; в 1970 г. в Одессе – V Украинской республиканской научной историко-медицинской конференции [39-40]; в 1970 г. в Кишиневе – научной конференции, посвященной 125-летию со дня рождения И.И. Мечникова [41]; в 1974 г. в Херсоне – конференции, посвященной 100-летию санитарно-эпидемиологической службы на Херсонщине; в 1980 г. в Виннице – научно-практической конференции, посвященной памяти академика Д.К. Заболотного [42].

В течение полувека профессор К.Г. Васильев принимал активное участие во всех Всесоюзных историко-медицинских конференциях (в Ленинграде, 1959 [43]; 1963; 1967; в Минске, 1970) и съездах (в Кишиневе, 1973; в Ташкенте, 1980; в Кобулету, 1986), а после организации Конфедерации историков медицины (международной) во всех съездах этой Конфедерации: Москва, 1998, 2003 и 2009 гг.

В связи с тем, что одесская кафедра эпидемиологии в 1982 г. была слита с кафедрой инфекционных болезней, а через несколько лет был объявлен конкурс на должность заведующего кафедрой эпидемиологии в Запорожском институте усовершенствования врачей, профессор К.Г. Васильев решил подать документы на вакантную кафедру и был на нее избран. На 1985 – 1989 гг. пришелся запорожский период его жизни и деятельности. Ему пришлось организовывать кафедру, подбирать сотрудников. Одна из его сотрудниц под его руководством защитила кандидатскую диссертацию «Эпидемиология вирусного гепатита В у детей дошкольного возраста» (О.М. Акулова. 1989). Новым для профессора было преподавание не студентам, а врачам-курсантам. В те годы в Запорожский ГИДУВ направлялись на усовершенствование эпидемиологи со всего Советского Союза, некоторые из них были с большим опытом работы.

13 июня 1988 г. в Риге во время очередных Страдыньских чтений К.Г. Васильеву вручили награду им. П. Страдыня за 1987 г. Эта награда была учреждена Музеем истории медицины им. П. Страдыня, а в январе 1983 г. положение о ней было утверждено министром здравоохранения Латвийской ССР. Согласно положению, награда присуждается ежегодно решением Ученого совета Музея за произведения, являющиеся значительным вкладом в историю медицины или фармации. Вручение награды и специального диплома (на латинском языке) производится во время ежегодных Страдыневских чтений. Обычно присуждались две награды. Чаще один лауреат был из Латвии, а второй – из какой-либо другой советской республики. В 1983 г. во время первого вручения награды ее удостоились: министр здравоохранения Латвийской ССР академик АМН СССР Вильгельм Вильгельмович Канеп (Vilhelm Kaņep; 1923–1993) и академик АН Латвийской ССР Ян Павлович Страдынь (Jānis Stradiņš) [44]. До К.Г. Васильева ее также получили: в 1984 г. – член-корреспондент АМН СССР Б.Д. Петров (1904–1991) и академик АН Латвийской ССР П.Я. Герке (P. Gerke; 1904–1985); в 1985 г. – генерал-лейтенант медицинской службы профессор А.С. Георгиевский (1908–1998) и доктор медицинских наук В.Я. Дерумс (V. Derums; 1899–1988); в 1986 г. – Нина Федоровна Страдынь (вдова П. Стрыдыня; 1887–1991) и профессор П.Е. Заблудовский (1894–1993); в 1987 г. – академик АМН СССР Ю.П. Лисицын (1928–2013) и доцент К.Я. Арон (K. Arons; 1933–2005) [45–48]. В 1988 г. одновременно с профессором К.Г. Васильевым награду полу-

чил рижанин А.А. Вискна (A. Vīksna), в то время – кандидат медицинских наук, а ныне – академик АН Латвии.

К.Г. Васильев стал лауреатом этой награды за цикл работ по истории медицины и активную деятельность во Всесоюзном научном обществе историков медицины [49]. После вручения награды профессор К.Г. Васильев выступил с актовой речью. Политические события тех лет не могли не отразиться на содержании речи лауреата, который начал свое выступление со слов: «Как вешние воды разливаются по нашей стране идеи перестройки и демократии. Началось великое дело обновления всей нашей жизни, о чем многие из нас давно мечтали. И долг каждого из нас, по мере своих сил и возможностей, участвовать в этом святом деле». Далее он развил мысль о том, что историю здравоохранения и медицинской науки у нас, как, впрочем, в других странах и в другие периоды, нельзя представлять как некую прямую линию, восходящую вверх безо всяких зигзагов и провалов, а если так изложить не получается, то недопустимо, как это делается, просто пропускать все, что не укладывается в эту, по существу, антиисторическую схему. Ложны, надуманны представления, согласно которым развитие здравоохранения обязательно (!) должно наглядно (иногда писали – зримо) демонстрировать преимущество нашего социалистического строя. Таким образом, из сферы историко-медицинского анализа выпадала большая часть явлений, связанных с негативными процессами, происходящими в советском здравоохранении. Невосполнимый урон нам нанесли многочисленные репрессии видных деятелей советского здравоохранения и медицинской науки. В заключение своего выступления лауреат сказал: «Эта награда будет всегда напоминать мне о счастливых годах моей практической и научной деятельности в Латвии и моих рижских друзьях. Многие из них уже ушли, но их образ всегда живет в моем сердце!» [50].

Здесь уместно отметить, что в рижском сборнике Acta medico-historica rigensia, который, как было отмечено выше, продолжил сборник советской эпохи «Из истории медицины», К.Г. Васильев опубликовал два отрывка из воспоминаний об историках медицины Риги [51–52]. Кроме того, в сборнике, посвященном памяти министра здравоохранения Лат. ССР В.В. Канепа, изданном в Риге на латышском языке, увидели свет его воспоминания под заголовком «Он работал министром», а затем они же были опубликованы на русском языке [53–54].

В 1989 г. профессор К.Г. Васильев вышел на пенсию и вернулся в Одессу. На этот, последний, период его жизни пришелся распад Советского Союза, который он воспринял болезненно. В «Открытом письме», которое Константин Георгиевич разослал в газеты, но которое не было опубликовано, он напоминал согражданам о долге живущих перед своими отцами, дедами, пращурами, перед теми, чьими усилиями, подчас с неисчислимыми

жертвами, создавалась великая держава. «Ради ее сохранения и укрепления наше поколение также понесло страшные потери», «мы присягнули народу сохранить ее в целостности и передать своим детям», «надо всегда помнить, что целостность и современные границы нашей страны – это итог многовековой истории не одного, а многих населяющих ее народов, и ни один из них в одиночку не вправе решать ее судьбу», «нам как воздух нужна единая страна, единый Советский Союз, его распад в конечном итоге приведет к гражданской войне и страшному запустению и бедам», «только все вместе в условиях порядка и соблюдения законов мы сможем построить сносную для себя и наших детей и внуков жизнь», «я обращаюсь ко всем ветеранам – народным депутатам всех уровней: сделать все, чтобы сохранить наше единство!», – писал он [55].

Его настроение середины 90-х гг. прошлого века передает его отклик на газетную публикацию в «Вечерней Одессе» от 23 и 26 декабря 1995 г.: «Полностью разделяю Ваше беспокойство по поводу действий безответственной, но чрезвычайно крикливой группы лиц, которые, думается, не имеют никакого отношения ни к интеллигенции, ни к украинскому народу», «некоторые из носителей “национальной идеи” еще оставляют русским и русскоязычным украинцам перспективы стать “полноценными гражданами”», «пропагандисты этой идеи не скупятся на брань и оскорбления в адрес русского “меньшинства” и “русскоязычных украинцев”», «тем, кто соревнуется в оскорблении России и русских, можно сказать: это – народ-океан, и вам не загрязнить его своими нечистотами!» [56].

Будучи на пенсии, К.Г. Васильев активно участвовал в работе российских и международных историко-медицинских съездов и конференций, продолжая, насколько ему позволяло здоровье, свои научные исследования (после 90-летия у него была обнаружена атрофия сетчатки и, как результат, полная потеря зрения, а в последний год жизни нарастали церебральные нарушения). Он принял участие в работе Международной конференции «Русская, украинская и белорусская эмиграция в Чехословакии между двумя мировыми войнами» (Прага, 1995) [57], в XXXVIII (Стамбул, 2002) [58] и XXXIX (Будапешт, 2006) Международных конгрессах по истории медицины, участвовал в работе II (Варна, 2005) и III (Салоники, 2007) Балканских конгрессов по истории медицины. Традиционно приезжал на международные Балтийские конференции по истории науки – последний раз на 23-ю, которая состоялась в Риге в 2008 г. [59] Последняя же его поездка состоялась в мае 2009 г. в Москву, где он участвовал в работе III съезда Конфедерации историков медицины (международной).

Из последних публикаций К.Г. Васильева упомянем следующие: «Отцы и дети в науке. Ученые, ученики и научные школы» (Одесса, 2002. – 95 с.; в соавт. с А.И. Гоженко), «Дифтерия» (Одесса, 2003. – 312 с.; в соавт. с

А.М. Михайловой, А.А. Руденко, А.И. Савчуком); «Технология научной работы в медицине» (Одесса, 2006. – 247 с.; в соавт. с А.И. Гоженко), «Л.А. Тарасевич в Одессе» (Одесса, 2008. – 101 с.; в соавт. с Ю.К. Васильевым); «Н.И. Пирогов в Одессе» (Одесса, 2009. – 75 с.; в соавт. с К.К. Васильевым), «Н.Ф.Гамалея. Его роль в создании Одесской бактериологической станции» (Одесса, 2009. – 71 с.; в соавт. с А.И. Гоженко, Ю.К. Васильевым), «История медицины России. Краткий курс» (Одесса, 2009. – 333 с.; в соавт. с К.К. Васильевым), «Профессор Владимир Васильевич Воронин в Одессе» (Одесса, 2013. – 51 с.; в соавт. с Ю.К. Васильевым). Укажем также на подготовленную в этот «второй одесский» период под его руководством кандидатскую диссертацию: «Эпидемиологическая характеристика и роль водного фактора в распространении гепатита А в г. Одессе» (Е.В. Козишкурт, 2007).

Таким образом, подведем итоги. Начало врачебной деятельности Константина Георгиевича Васильева совпало с началом Великой Отечественной войны – сразу после окончания Омского медицинского института он был призван в Красную Армию. В послевоенные годы он служил эпидемиологом (некоторое время – вирусологом) на различных должностях на Дальнем Востоке и в Прибалтике (Латвия). После защиты докторской диссертации в Риге он возглавил кафедру эпидемиологии в Одессе, затем руководил той же кафедрой в Запорожье. Последние годы его жизни также прошли в Одессе. Его учителями в практической медицине были эпидемиологи А.А. Смородинцев и Л.В. Громашевский, а в истории медицины – хирург П.И. Стрыдынь и организатор здравоохранения М.И. Барсуков.

К.Г. Васильев – автор более чем 500 научных работ. Под его руководством выполнено более 20 диссертаций. Особенностью его научного творчества было то, что около половины его трудов было посвящено проблемам эпидемиологии и вирусологии, а вторая половина – истории медицины. Причем многие его работы по истории медицины посвящены истории эпидемий и борьбы с ними. Равно как и его ученики защищали диссертации как по эпидемиологии, так и по истории медицины. Коллегам и близким Константин Георгиевич запомнится как крайне разносторонний и принципиальный ученый-энциклопедист, неравнодушный и отзывчивый человек, требовательный отец и дед.

Литература

1. *Vasiljevs Konstantins* // Populārā medicīnas enciklopēdija. – Rīga, 1984. – 612. lpp.
2. *Васильев Константин Георгиевич* // Учені вузів Української РСР. – Київ, 1968. – С. 85.
3. *Васильев Константин Георгиевич* // Историки медицины России и СССР. – М., 1986. – С. 63.
4. *Васильев Константин Георгиевич* // Историки медицины России и СССР. 2-е изд., дополненное и переработанное. – М., 1988. – С. 110-111.
5. *Васильев Константин Георгиевич* // А.Е. Золотарев, И.И. Ильин, Л.Г. Луки. Биографический словарь профессоров Одесского медицинского института им. Н.И.Пирогова. 1900-1990. – Одесса, 1992. – С. 72: порт.

6. Білоконенко С.П. Васильев Костянтин Георгійович // Енциклопедія Сучасної України. – Київ, 2005. – Т.4. – С. 125: порт.
7. К 60-летию со дня рождения К.Г. Васильева // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. – 1980. – № 1. – С. 114-115.
8. К 70-летию К.Г. Васильева // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. – 1990. – № 3. – С. 124-125: порт.
9. Занчевская Т.А., Зуб С.А. К 75-летию профессора К.Г. Васильев // Очерки истории здравоохранения Одесса. К ее 200-летию. – Одесса, 1994. – С. 189-190.
10. Васильев К.К. Константин Георгиевич Васильев // Acta medico-historica rigensia. – Rīga, 1997. – V. 3 (22). – С. 267-268: порт.
11. Васильев Константин Георгиевич. (К 80-летию со дня рождения) // Вісник морської медицини. – 1999. – № 3 (7). – С. 224-225.
12. Васильев К.Г. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 1999. – № 6. – С. 61: порт.
13. Курако Ю.Л. Константин Георгиевич Васильев. (К 80-летию со дня рождения) // Лікарська справа. – 1999. – № 7-8. – С. 185-186: порт.
14. Гоженко А. Профессор Константин Георгиевич Васильев. (К 85-летию со дня рождения) // Южный город. Литературно-публицистико-культурологический сборник. – Одесса, 2003. – Вып. 3. – С. 99-109.
15. Дулленко Ю.К. Константину Георгиевичу Васильеву – 85 лет // Історія української науки на межі тисячоліть. Зб. наук. праць. – Київ, 2004. – Вип. 17. – С. 243-245.
16. Патріарх вітчизняної епідеміології та історії медицини професор К.Г. Васильев // Інфекційні хвороби. – 2005. – № 1. – С. 104-105: порт.
17. Засыпка Л.И. Профессор К.Г. Васильев. (К 90-летию со дня рождения) // Вісник проблем біології і медицини. – 2009. – Вип. 4. – С. 7-8: порт.
18. Васильев К.К. К 90-летию профессора Константина Георгиевича Васильева // Медицинская профессура СССР. Краткое содержание и тезисы докладов научной конференции. 21 мая 2010 г., Москва. – Москва, 2010. – С. 44-46.
19. Волянський Ю.Л. Історія епідеміології і внесок професора К.Г. Васильєва в її розвиток. (До 90-річного ювілею вченого) // Проблеми та еволюція епідемічного процесу і паразитарних систем провідних інфекцій сучасності. XV З'їзд українського науково-медичного товариства мікробіологів, епідеміологів та паразитологів. Тези доповідей. – Харків, 2011. – С. 10; то же // Інфекційний контроль. – 2011. – № 1 (37). – С. 26-27.
20. Васильев К.К. Участник Великой Отечественной войны Константин Георгиевич Васильев. (К 95-летию со дня рождения) // Материалы XI Всероссийской конференции с международным участием «Исторический опыт медицины в годы Великой Отечественной войны 1941-1945 гг. Человек и война – глазами врача». [15 мая 2015, Москва] – М.: МГМСУ, 2015. – С. 34-36.
21. Архив Одесского національного медичного університету. – Личное дело проф. К.Г. Васильева.
22. Васильев К.Г. Записки динозавра. Тетрадь первая. – Одесса, 2005. – 99 с.
23. Алфавитный указатель сестер милосердия, находящихся в военно-санитарных учреждениях военного ведомства и Красного Креста военного времени. – Пг., 1915. – 256 с.
24. Смородинцев А.А. Отзыв на научные труды доктора медицинских наук профессора Васильева Константина Георгиевича, заведующего кафедрой эпидемиологии Одесского медицинского института, посвященные медицинской географии от 10 ноября 1983 г. // Домашний архив К.Г.Васильева. – 2 л.
25. Васильев К.Г. О работе научного историко-медицинского общества Латвийской ССР в 1957-1958 гг. // Из истории медицины. – Рига, 1960. – Т. 3. – С. 267.

26. Васильев К.Г. О работе Латвийского научного историко-медицинского общества за 1959 и 1960 гг. // Из истории медицины. – Рига, 1962. – Т. 4. – С. 237-238.
27. Васильев К.Г., Герке П.Я. К десятилетию со дня организации Латвийского научного историко-медицинского общества // Из истории медицины. – Рига, 1964. – Т. 6. – С. 26-34.
28. Васильев К.Г., Вискна А.А. Латвийскому научному обществу историков медицины 30 лет // Советское здравоохранение. – 1983. – № 10. – С. 66-67.
29. Канеп В.В., Арон К.Я., Васильев К.К. К 30-летию Латвийского научного общества историков медицины // Из истории медицины. – Рига, 1984. – Т. 14. – С. 10-19.
30. Васильев К.Г. 28/XI 1962 г. в Риге... // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. – 1963. – № 8. – С.157.
31. Отчет о IV Межреспубликанской конференции по истории науки в Прибалтике // Арон К.Я., Васильев К.Г., Рабинович И.М., Страдынь Я.П. – Рига, 1963. – 25 с.
32. Васильев К.Г. Прибалтийские конференции историков науки // Советское здравоохранение. – 1973. – № 4. – С. 91-93.
33. Васильев К.Г. XV Прибалтийская конференция по науке и технике // Советское здравоохранение. – 1988. – № 9. – С. 77-78.
34. Baltic Association of the History and Philosophy of Science. Режим доступа: <http://www.bahps.org>
35. Аннотированный список конференций историков науки Прибалтики. (1958-1985) / Васильев К.Г., Страдынь Я.П., Калнин В.В., Пальм У.В. – Тарту, 1986. – 138 с.
36. Васильев К.К. Воспоминания о встречах с академиком Л.В. Громашевским // Видные ученые Одессы. – Одесса, 1992. – Вып. 2. – С. 44-50.
37. Материалы научной конференции, посвященной 100-летию со дня рождения Л.А. Тарасевича. (1868-1968). – Кишинев: Картя Молдовеняскэ, 1969. – 51 с.
38. Материалы научно-практической конференции, посвященной 225-летию со дня рождения выдающегося отечественного эпидемиолога Даниила Самойловича. 19-21 июня 1969 г. – Николаев, 1969. – 64 с.
39. Материалы V Республиканской научной историко-медицинской конференции, посвященной 100-летию со дня рождения В.И. Ленина. – Николаев, 1970. – 56 с.
40. Оситова Е.Р. В Одессе 18-19/III 1970 г. проходила V Украинская республиканская научная историко-медицинская конференция. // Советское здравоохранение. – 1970. – № 8. – С. 92-93.
41. Выдающийся русский ученый. (Материалы научной конференции, посвященной 125-летию И.И. Мечникова). – Кишинев, 1971. – 32 с.
42. Вопросы профилактики и борьбы с инфекционными заболеваниями. (Тезисы докладов научно-практической конференции, посвященной дальнейшему увековечению памяти об академике Данииле Кирилловиче Заболотном и 60-летию организации первой в мире кафедры эпидемиологии). 29 февраля 1980 г. – Винница, 1980. – 40 с.
43. Васильев К.Г. Первая Всесоюзная научная историко-медицинская конференция // Из истории медицины. – Рига, 1960. – Т. 3. – С. 259-260.
44. Хазанов А.Н. Учреждение награды им. П.Страдыня и первое ее вручение // Из истории медицины. – Рига, 1984. – Т. 14. – С. 158-161.
45. Хазанов А.Н. Второе вручение награды им. П. Страдыня // Из истории медицины. – Рига, 1985. – Т. 15. – С. 166-167.
46. Хазанов А.Н. Вручение награды им. П. Страдыня за 1984 г. // Из истории медицины. – Рига, 1986. – Т. 16. – С. 181.
47. Хазанов А.Н. Вручение награды им. П. Страдыня за 1985 г. // Из истории медицины. – Рига, 1986. – Т. 16. – С. 182-183.
48. Хазанов А.Н. Вручение награды им. П. Страдыня за 1986 г. // Из истории медицины. –

Рига, 1987. – Т. 17. – С. 197-198.

49. *Хазанов А.Н.* Присуждение награды им. П. Страдыня за 1987 год // Из истории медицины. – Рига, 1989. – Т.18. – С. 235-236.

50. *Васильев К.Г.* Актовая речь, произнесенная в связи с получением награды им. П. Страдыня 13 июня 1988 г. // Домашний архив К.Г.Васильева. – 5 с.

51. *Васильев К.Г.* Мои друзья – историки медицины Латвии // Acta medico-historica rigensia. – Riga, 1997. – V. 3 (22). – С. 269-276.

52. *Васильев К.Г.* Первый научный форум историков медицины Латвии // Acta medico-historica rigensia. – Riga, 1997. – V. 3 (22). – С. 277-281.

53. *Vasiljevs K.G.* Strādāja par ministru // Platkājis E., Vīksna A. Ministrs un tautas veselība. Dokumenti un atmiņas par Vihelmu Kaņepu. – Rīga, 2008. – 145.-154. lpp.

54. *Васильев К.Г.* Он работал министром // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2008. – Вып. 1. – С. 147-155.

55. *Васильев К.Г.* Открытое письмо народным депутатам Советов – ветеранам Великой Отечественной войны и Труда // Домашний архив К.Г.Васильева. – 2 л.

56. *Васильев К.Г.* А.А. Шишкину – автору газетной статьи. 21 января 1996 г. // Домашний архив К.Г.Васильева. – 1 л.

57. *Васильев К.Г., Васильев К.К.* Вопросы истории медицины на международной конференции в Праге // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 1996. – № 5. – С. 60.

58. *Васильев К.Г.* 38-й Международный конгресс историков медицины // Наука та наукознавство. – 2002. – № 3. – С. 129.

59. *Васильев К.Г.* Обзор деятельности конференций историков науки Прибалтики 1958-2008 гг. // Acta medico-historica rigensia. – Rīga, 2010. – V. 9 (28). – С. 280-286.

В архиве одного из патриархов советской истории медицины, профессора К.Г. Васильева, сохранилась рукопись его статьи о Всесоюзных конференциях и съездах историков медицины. Она не претендует на полное раскрытие значений этих научных форумов для развития историко-медицинской науки в СССР, а носит, скорее, характер воспоминаний – ее автор был активным участником всех конференций (1959, 1963, 1967 и 1970 гг.) и съездов (1973, 1980 и 1986 гг.). Но именно этим статья и интересна.

Редколлегия публикует текст, подготовленный для печати сыном К.Г. Васильева, профессором К.К. Васильевым, в авторской редакции с минимальными правками.

К ИСТОРИОГРАФИИ ИСТОРИКО-МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ В СССР: КОНФЕРЕНЦИИ И СЪЕЗДЫ ВСЕСОЮЗНОГО ОБЩЕСТВА ИСТОРИКОВ МЕДИЦИНЫ (1959 – 1986)

*Васильев К.Г.
(Одесса, Украина)*

В марте с. г.² в Москве состоялся I съезд Конфедерации историков медицины (международной). Сегодня рано говорить о его достоинствах и недостатках, для этого нужна некоторая историческая экспозиция. Однако уже сейчас совершенно ясно, что этот съезд подвел окончательную черту под деятельностью Всесоюзного общества историков медицины, которое объединяло нас почти в течение полувека. Всесоюзное общество само стало историей, и пора заняться его историографией.

Первым шагом в этом направлении должно стать описание всесоюзных конференций и съездов общества историков медицины. Они были главными вехами на пути строительства этого общества, местом, где определялось направление его развития и формировалось сообщество советских историков медицины. Всесоюзные конференции, а затем – съезды историков медицины были не только местом научных докладов, но и местом личных контактов, позволяющих ощутить свою причастность к большому и важному делу – созданию, по существу, нового раздела медицинских знаний – истории отечественной медицины и советского здравоохранения. Очередной конференции ждали, к ней готовились, и она становилась вехой в научной биографии ее участников.

Первые ячейки общества историков медицины в СССР возникли на волне всенародного патриотического подъема, охватившего все слои советского общества после окончания Великой Отечественной войны. Появилась по-

² 12–14 марта 1998 г.

требность в изучении истории нашей многонациональной Родины, ее культуры и науки и, в том числе, истории медицины и здравоохранения, что и стало основой для создания в 40–50-х гг. XX в. первых ячеек Общества историков медицины. Вначале – в Москве, затем – в Ленинграде (ныне Санкт-Петербург), а потом и на Украине, в Белоруссии, Латвии и других республиках и городах Советского Союза.

В 1958 г. для объединения усилий и координации работы всех этих разрозненных организаций было решено провести Всесоюзную научную историко-медицинскую конференцию. Всю работу по ее организации взяла на себя небольшая группа московских и ленинградских ученых во главе с одним из виднейших организаторов советского здравоохранения Михаилом Ивановичем Барсуковым (1890–1974). Местом проведения I Всесоюзной конференции был избран Ленинград.

Особо отмечу роль ленинградской историко-медицинской организации, как и сейчас базировавшейся в Военно-медицинском музее. Без помощи руководства и сотрудников этого музея проведение конференции едва ли было возможно. Начальником музея в это время был полковник медицинской службы Петр Игнатьевич Кактыш, председателем ленинградского филиала общества – генерал медицинской службы, профессор Анатолий Сергеевич Георгиевский (1908–1998). Именно они обеспечили всю техническую часть работы по созыву и проведению I, а затем – II и III всесоюзных историко-медицинских конференций.

Заседания I Всесоюзной научной историко-медицинской конференции проходили в здании Военно-медицинского музея с 3 по 9 февраля 1959 г. На ней присутствовали более 200 делегатов из большинства республик Советского Союза и гости из Болгарии, Венгрии, ГДР, Польши и Чехословакии. На конференции было заслушано 80 докладов по истории общей и частной медицины, методологии и методике ее изучения, становлению и развитию советской медицины в союзных республиках, истории военной медицины. М.И. Барсуков говорил впоследствии, что вначале он сильно опасался за судьбу конференции и был приятно поражен широтой и глубиной обсуждавшийся проблем.

На конференции был принят устав Всесоюзного историко-медицинского общества и избраны его руководящие органы. Председателем общества был избран М.И. Барсуков, его заместителем – А.С. Георгиевский, генеральным секретарем – А.П. Жук, вскоре замененный А.Г. Лушниковым.

Конференция показала также, что всех, занимающихся у нас историей медицины, легко можно разделить на две неравные по своим размерам группы. Это, во-первых, сотрудники немногочисленных отделов, кабинетов и кафедр истории медицины, а также преподаватели, ведущие курсы истории медицины. Они сделали историю медицины своей основной специальностью,

и потому их можно было считать профессионалами в этой области. Во-вторых, весьма многочисленная группа любителей истории медицины. Это – врачи, научные сотрудники и преподаватели, занимающиеся историей медицины одновременно с работой в какой-то другой области медицинских наук. История медицины для них является одним из путей формирования и совершенствования своих специальных знаний, методом углубленного познания закономерностей развития науки, избранной в качестве основной специальности. Поэтому они обычно занимаются только историей своих дисциплин и близлежащих к ним проблем.

Оказалось, однако, что именно они составляют основную часть членов Всесоюзного общества историков медицины и весьма активно работают в его республиканских, областных и краевых филиалах. Среди них были представители всех медицинских специальностей – хирурги, терапевты, микробиологи, гигиенисты и др. Много среди них было организаторов здравоохранения и социал-гигиенистов, сочетающих свою практическую и научную деятельность с занятием историей медицины.

Это обстоятельство сразу придало конференциям и съездам историков медицины совершенно неповторимый облик. Они были лишены какой-либо односторонности. Это были не собрания скучных профессионалов, все мысли которых сосредоточены в области одной медицинской дисциплины. Это было собрание людей с разносторонними интересами, пристально рассматривающих прошлое медицины, которой они себя посвятили, и постоянно думающих о ее будущем.

Ровно через четыре года после первой Всесоюзной конференции, в октябре 1963 г., как это и было предусмотрено уставом Общества, снова в Ленинграде, в Военно-медицинском музее, собралась вторая Всесоюзная научная историко-медицинская конференция. По времени она совпала с невиданным ранее общественным подъемом 60-х гг., и это не могло не отразиться как на содержании докладов, так и на программе конференции. Эпиграфами, напечатанными в пригласительном билете конференции (привожу их по памяти), были слова В.И. Ленина: «Анализируя ошибки вчерашнего дня, мы тем самым учимся избегать ошибок дней сегодняшнего и завтрашнего», и слова С.П. Боткина: «Кто не знает историю медицины, тот не знает и самой медицины».

И, возможно, помимо желания организаторов конференции на ней впервые началось обсуждение вопросов отношения истории медицины к общественным наукам и философскому образованию врача. В этой связи вспоминаются имена отечественных врачей, сыгравших особо заметную роль в общественном развитии России, Н.И. Пирогова, С.П. Боткина, И.М. Сеченова. Большое место в работе этой конференции заняли вопросы подготовки кадров, преподавания истории медицины в меди-

цинских вузах и состояние историко-медицинских исследований в союзных республиках.

В своем Постановлении конференция рекомендовала улучшить преподавание истории медицины, в частности установить тесные связи между преподаванием этой дисциплины и преподаванием вопросов истории в курсах других дисциплин и общественных наук, а также отмечала необходимость организации музеев и кабинетов истории медицины как базы для воспитательной и научной работы и для улучшения преподавания истории медицины. И как заказ потребовала обратить особое внимание на изучение истории советского здравоохранения, по сути дела, «истории медицины советского периода». Чтобы не было сомнений, о какой истории идет речь, в постановлении было указано: «Показать успехи и достижения советского здравоохранения и медицинской науки».

Именно это направление надолго стало чуть ли не основным направлением в деятельности советских историков медицины. Ему, по существу, была посвящена следующая, III Всесоюзная научная историко-медицинская конференция, состоявшаяся в декабре 1967 г. в Ленинграде. Она была проведена в ознаменование 50-летия Октябрьской революции. Из 41 доклада, включенного в ее программу, 30 докладов в той или иной мере освещали историю советского здравоохранения и медицины.

Тогда же была намечена и дата проведения следующей историко-медицинской конференции, которую решили посвятить 100-летию со дня рождения В.И. Ленина. Долго подыскивали место для ее проведения и, наконец, остановились на Белоруссии. Основная тяжесть по проведению этой конференции легла на плечи Белорусского научного историко-медицинского общества и его председателя Григория Романовича Крючка (1918–1987), много сделавшего для ее плодотворной работы.

IV Всесоюзная историко-медицинская конференция состоялась в июне 1970 г. в Минске. Она заметно отличалась от предыдущих. Ее можно было бы назвать конференцией профессионалов. Она была узкотематична и торжественна.

О содержании заслушанных на ней докладов свидетельствуют названия основных разделов ее программы. Раздел 1: «В.И. Ленин и проблемы здравоохранения»; раздел 2: «В.И. Ленин и национальная политика в здравоохранении»; раздел 3: «В.И. Ленин и проблемы историзма в медицине»; раздел 4: «Медицинская интеллигенция в социалистическом обществе и проблема деонтологии в свете марксизма-ленинизма». Как удачно сказал один из выступавших на конференции: «Мы – “агитпроп” советского здравоохранения!»

Нужно сказать, что с этой задачей конференция успешно справилась, хотя, по всей видимости, пострадало ее научное содержание. Оказалось,

что замыкать историко-медицинские конференции на одной проблеме, даже очень важной, нельзя. Это сразу отталкивает большую часть историков медицины, научные интересы которых чрезвычайно разнообразны, а поведение, как и любых интеллектуалов, непредсказуемо. Нужно было найти новую форму научного общения, где бы сочеталось обсуждение двух-трех главных проблем с обсуждением других, быть может, на первый взгляд второстепенных научных вопросов, но интересных для какой-то части участников конференции. Такой формой оказались съезды, где пленарные заседания чередовались с секционными, посвященными отдельным, более узким, направлениям историко-медицинских исследований.

Следующим всесоюзным форумом историков медицины был съезд. Он состоялся в октябре 1973 г. в Молдавии, в Кишиневе, и назывался «I Всесоюзный съезд историков медицины». Его программными темами, кроме обычной для того времени «Задачи в свете решений XXIV съезда КПСС», были историография и источниковедение отечественной истории медицины и вопросы преподавания истории медицины. Работа съезда проходила на пленарных и 12(!) секционных заседаниях. Кроме секций, посвященных программным темам, были выделены секции истории экспериментальной, клинической, профилактической и военной медицины, а также музееведения и истории всеобщей медицины. В конце съезда были проведены перевыборы Правления и председателя, приняты соответствующие решения. Председателем правления Общества взамен ушедшего М.И. Барсукова (ему в то время было уже 83 года) избрали Юрия Павловича Лисицына.

Опыт кишиневского съезда показал целесообразность проведения секционных заседаний. Оказалось, что только в этом случае возможно удовлетворить желание выступить с докладами большинства приехавших на съезд. Правда, при этом возникали определенные трудности для желающих послушать доклады в двух-трех секциях, так как все секции работали одновременно.

Опыт организации этого съезда был использован и при организации II Всесоюзного съезда историков медицины, состоявшегося в сентябре 1980 г. в Ташкенте. Это было, бесспорно, самое большое собрание историков медицины за всю историю Всесоюзного научного общества историков медицины. На нем присутствовали делегации из всех союзных республик и ряда зарубежных стран. Пленарные заседания чередовались с секционными. Второй день работы съезда был полностью отведен для заседаний секций, которых одновременно работало 14(!). При этом выделение некоторых из них было едва ли оправдано. Так, были две секции истории медицинской науки, хотя, как потом выяснилось, желающих выступить на них едва хватило на одну. Появились две совершенно новые для историков

медицины секции: 1) информатика и науковедение; 2) научно-информационная деятельность.³

Программными вопросами съезда были: «Выдающийся ученый энциклопедист Ибн-Сина и влияние его трудов на развитие мировой медицины» и «Методология изучения истории медицины». Этим проблемам были посвящены заседания двух больших секций и несколько докладов, зачитанных на пленарных заседаниях. Съезд в Ташкенте был последним крупным событием в жизни Всесоюзного научного общества историков медицины.

III Всесоюзный съезд историков медицины значительно уступал по своему масштабу двум предыдущим. Он был проведен в ноябре 1986 г. в небольшом курортном местечке Кобулет в Аджарии. Программными темами на нем были: «Развитие теоретических основ медицины и здравоохранения» и «История профилактического направления медицины», рассматривались также задачи общества историков медицины в связи с подготовкой к 70-летию Октябрьской революции. Состоялись три пленарных заседания и одно заседание секции научной медицинской информатики. На пленарных заседаниях съезда были заслушаны 24 доклада, и несколько – на секции. В конце, как и было положено по Уставу, были проведены выборы Правления Общества и принято соответствующее «Постановление» съезда. Каких-либо дебатов не было.

Это был последний съезд Всесоюзного научного общества историков медицины. В 1991 г. на заседании очередного пленума Правления оно было преобразовано в Конфедерацию историков медицины (международную), действующую на территории всех бывших республик Советского Союза, ставших к тому времени суверенными государствами.

Реорганизация Всесоюзного общества в Конфедерацию, бесспорно, была правильным шагом. Это позволило с наименьшими потерями сохранить сложившееся за 50 лет на огромной территории Советского Союза сообщество историков медицины, в какой-то мере координировать деятельность многочисленных и ставших разрозненными республиканских, региональных и городских историко-медицинских организаций, организовывать и проводить совместные историко-медицинские конференции и симпозиумы, сохранить связи с международными историко-медицинскими организациями.

В то же время это был вынужденный шаг, отразивший определенные деструктивные процессы, происходящие в нашем обществе.

5 августа 1998 г.

³ По-видимому, эти секции предложил председатель ВНОИМ Ю.П. Лисицын, возглавлявший ВНИИМИ (прим. ред.)

НАГРАДЫ ДЛЯ МЕДИКОВ – ВРАЧЕЙ, УЧЕНЫХ, ПЕДАГОГОВ: ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ

Пашков К.А., Глянцев С.П., Балалыкин Д.А.

Российское общество историков медицины (Москва, Россия)

1.

Вопрос о наградах в любом профессиональном сообществе воспринимается не только как поощрение заслуг награждаемых, но и как увековечение памяти выдающихся деятелей прошлого, если эти награды именные.

В Российской империи специальных государственных наград для врачей, походивших службу по военному или медицинскому ведомствам, не было. Высочайшим повелением они удостоивались тех же чинов, орденов и других знаков отличия, что и другие чиновники, служившие по другим ведомствам [1].

Первая ведомственная награда для работников здравоохранения – знак «Отличнику здравоохранения» – была учреждена Наркомздравом СССР в 1936 г. Этот знак был сделан из тяжелого металла с разноцветной эмалью, был довольно редок и носился наравне с другими орденами и медалями СССР. Приказом министра здравоохранения СССР от 7 января 1956 г. было утверждено новое положение о знаке, а 7 сентября 1972 г. с целью упорядочения процедуры награждения утверждена Инструкция, согласно которой «Значком “Отличнику здравоохранения” награждаются работники учреждений системы здравоохранения СССР, медицинские работники других министерств и ведомств, имеющие продолжительный стаж безупречной работы, как правило, не менее 10 лет, показавшие образцы коммунистического отношения к труду, отлично выполняющие обязанности по оказанию медицинской помощи населению, проведению санитарно-противоэпидемической работы и обеспечению населения медикаментами, постоянно повышающие свою квалификацию и передающие другим свой опыт, а также лица, которые способствуют развитию здравоохранения и принимают активное участие в мероприятиях, проводимых органами и учреждениями здравоохранения». Награждение этим знаком довольно широко проводилось до 1991 г., после чего было прекращено. [2]

Указом Президиума ВС РСФСР от 11 января 1940 г. для награждения «высокопрофессиональных врачей за заслуги в охране здоровья населения, организации и оказании лечебно-профилактической помощи с использованием в практике работы достижений медицинской науки и техники и работавших по специальности 15 и более лет» было учреждено почетное звание «Заслуженный врач РСФСР» с вручением соответствующего знака [3]. Эта награда, приравненная к государственным, просуществовала до начала

1990-х гг. Аналогичные звания присваивались врачам всех союзных республик СССР.

С 1977 по 1991 гг. «врачам врачебных участков, амбулаторий, поликлиник, родильных домов, больниц и других лечебно-профилактических и санитарно-профилактических учреждений здравоохранения, внесшим большой вклад в развитие народного здравоохранения, проявившим особое профессиональное мастерство, высокие моральные качества и самоотверженность в своей профессиональной деятельности» присваивалось почетное звание «Народный врач СССР» с вручением знака [4]. Эта награда, также приравненная к государственным, по статусу была выше первой, республиканского уровня, но и она прекратила свое существование после распада СССР.

Нетрудно заметить, что указанными званиями предусматривалось награждение только практикующих врачей. В то же время вне «профильной» наградной системы оставались медики – научные работники и профессорско-преподавательский состав медицинских институтов и училищ, а также фельдшеры и медицинские сестры. Их награждали государственными орденами и медалями, не имевшими отношения к профессии врача.

Заметим также, что статут знака «Отличнику здравоохранения» предусматривал стаж награжденного не менее 10 лет, а звания «Заслуженный врач РСФСР» – не менее 15 лет. Для получения звания «Народный врач СССР» стаж оговорен не был.

2.

С возникновением в 1991 г. на месте СССР и РСФСР Российской Федерации наградная система для врачей практически не изменилась.

До сих пор врачи РФ, имеющие личные заслуги: в оказании своевременной лечебной и лечебно-профилактической помощи с использованием в практике работы современных достижений медицинской науки и техники; во внедрении и использовании на практике новых и совершенствовании применяемых методик диагностирования и лечения особо опасных заболеваний, позволяющих сократить уровень заболеваемости и смертности населения от указанных болезней, оказывать качественные и своевременные медицинские услуги на ранних стадиях заболевания, а также сократить время, необходимое для выздоровления и реабилитации пациентов; в успешном совмещении высокопрофессиональной практической лечебной деятельности с эффективной организационной или научной работой в области медицины; в подготовке квалифицированных кадров для российских медицинских организаций; могут быть награждены всего лишь одной профессиональной государственной наградой – званием «Заслуженный врач РФ» с вручением соответствующего знака. Звание было учреждено Указом

Президента РФ 30 декабря 1995 г., а положение о нем – аналогичным Указом от 7 сентября 2010 г. [5].

Подчеркнем, что званием и знаком, как об этом сказано в «Положении», награждаются в первую очередь (и преимущественно) практикующие врачи, отработавшие в системе здравоохранения не менее 20 лет. И хотя в третьем и четвертом пунктах положения звучат слова о желательных занятиях награждаемых врачей наукой и подготовке ими медицинских кадров, работники медицинской науки и медицинского образования получают это звание сравнительно редко.

Для них существуют универсальные звания и знаки без указания профессиональной принадлежности, как то: «Заслуженный деятель науки и техники РФ» и «Заслуженный работник высшей школы РФ». Редким медикам, проявившим себя на поприще культуры, может быть присвоено звание «Заслуженный деятель культуры РФ» с вручением соответствующего знака. Все прочие государственные награды РФ, вручаемые врачам, ученым-медикам и работникам высшей медицинской школы, а также фельдшерам и медицинским сестрам, от самых высших (орден «Андрея Первозванного») до медалей не имеют профессиональной окраски.

Наряду с этим, как и в СССР, медики (врачи, ученые, преподаватели, фельдшеры и медицинские сестры) могут быть отмечены ведомственными наградами, учрежденными приказом Минздравсоцразвития РФ № 400 от 10 июня 2005 г. Их четыре: знак отличия «Милосердие», нагрудные знаки «Отличнику здравоохранения», «Отличнику социально-трудовой сферы» и «Почетная грамота» министра здравоохранения [6].

Приказом Минздравом РФ № 172 от 25 мая 2001 г. была учреждена еще одна ведомственная награда – медаль «За заслуги перед отечественным здравоохранением», но вышеупомянутым приказом № 400 она была упразднена. Отметим, что, в отличие от звания «Заслуженный врач РФ», которым награждали практикующих врачей государственных лечебно-профилактических учреждений с 20-летним стажем, медаль предназначалась для награждения очень широкого круга медицинских работников (от организаторов здравоохранения до практикующих врачей) государственной и частной систем здравоохранения, имевших стаж работы в отрасли не менее 30 лет, представителей творческой интеллигенции за выдающиеся фундаментальные и прикладные исследования, а также государственных, общественных и политических деятелей, внесших вклад в развитие российского здравоохранения [7].

Таким образом, на сегодняшний день в РФ существует всего лишь пять профессиональных наград для врачей: одна государственная и 4 ведомственных. Специальных государственных наград для медиков-ученых и медиков-педагогов, а также среднего медицинского персонала, не существует.

Все прочие специальные, в том числе именные, звания, знаки, дипломы, грамоты и благодарности, а их – десятки – являются, может быть, и не менее значимыми для награжденных ими медиков, но все же общественными.⁴

3.

Между тем, в 1945–1947 гг. в Правительстве СССР рассматривался вопрос об учреждении государственных наград ученым Советского Союза за заслуги в области науки и за успехи в педагогической деятельности. А именно, орденов Ломоносова, Менделеева, Пирогова и Павлова.

По данным группы исследователей из Института истории естествознания и техники РАН, этот вопрос поднимался как в СНК СССР, так и в секретариате ЦК ВКП(б). Об этом свидетельствуют: справка председателя Всесоюзного комитета по делам высшей школы при СНК СССР С.В. Кафтanova на имя секретаря ЦК ВКП(б) Г.М. Маленкова от 7 мая 1945 г. с указанием на то, что Комитет ставил этот вопрос перед Правительством страны; и записка Отдела пропаганды и агитации ЦК ВКП(б) от 2 июля 1946 г. на имя секретаря ЦК ВКП(б) А.А. Жданова с обоснованием указанных персоналий и приложением проектов Указов Президиума Верховного Совета СССР об учреждении этих орденов, а также их эскизов, выполненных в манере советской наградной системы того времени с указанием о том, что вопрос предварительно обсуждался в ЦК ВКП(б) [8, 9].

На предварительном этапе были отобраны имена великих русских ученых-естествоиспытателей С.П. Боткина, А.М. Бутлерова, В.В. Докучаева, В.А. Жуковского, А.П. Карпинского, С.В. Лебедева, Н.И. Лобачевского, М.В. Ломоносова, А.М. Ляпунова, В.В. Марковникова, Д.И. Менделеева, И.И. Мечникова, И.В. Мичурина, И.П. Павлова, Н.И. Пирогова, А.С. Попова, Н.М. Пржевальского, И.М. Сеченова, К.А. Тимирязева, С.А. Чаплыгина и П.Л. Чебышева. Как видно, биологов, медиков и физиологов среди указанных персоналий было пять: С.П. Боткин, И.И. Мечников, И.П. Павлов, Н.И. Пирогов и И.М. Сеченов. Безусловно, все перечисленные ученые самых разных специальностей были достойны увековечения их имени в названиях советских орденов, но на окончательном этапе были отобраны четыре имени: М.В. Ломоносов, Д.И. Менделеев, Н.И. Пирогов и И.П. Павлов.

Предлагаемые проекты статута «орденов для ученых и педагогов» предусматривали награждение за выдающиеся научные достижения (научное направление, оказавшее влияние на развитие науки; открытия и изобретения, ставшие этапом в развитии теории и практики науки) в области науки и техники (орден Ломоносова), химических (орден Менделеева), медицинских (орден

⁴ Известны знаки-медали Н.М. Амосова, А.Н. Бакулева, В.И. Бураковского, А.В. Вишневого, В.Ф. Войно-Ясенецкого, Е.Н. Мешалкина, Б.В. Петровского, Н.И. Пирогова и других деятелей медицины.

Пирогова) и биологических (орден Павлова) наук соответственно, а также и за успехи в подготовке высококвалифицированных кадров (выдающуюся многолетнюю педагогическую деятельность и создание выдающихся учебников и руководств, получивших всеобщее признание) в соответствующей области науки.

Проекты статута предусматривали I и II степени каждого ордена, аналогичные со степенями некоторых военных полководческих орденов. При этом орденом I степени планировалось награждать «академиков, действительных членов академий наук, а также докторов наук» (*так в документе – авт.*), а орденами II степени, в дополнение к вышеназванным деятелям науки, «членов-корреспондентов академий наук и профессоров, не имеющих ученой степени доктора наук (*так в документе – авт.*), кандидатов наук, доцентов, научных работников НИИ и преподавателей вузов» [9].

О месте предлагаемых орденов в советской наградной системе свидетельствуют предложенные правила их ношения при наличии других орденов в следующем порядке: 1) орден Ломоносова I и II степени, 2) орден Менделеева I и II степени, 3) орден Пирогова I и II степени и 4) орден Павлова двух степеней.

При этом перед «старшим» орденом Ломоносова располагались ордена Трудового Красного Знамени, Красного знамени, Октябрьской революции и Ленина, а после «младшего» ордена Павлова – ордена Дружбы народов, «Знак Почета», Славы трех степеней, Трудовой Славы трех степеней и медали. Это свидетельствует о высоком статусе предлагавшихся орденов «для ученых и педагогов». Имеются также данные о том, что первоначально вместо орденов планировалось учредить медали [8], статус которых, естественно, был бы гораздо ниже.

Учитывая датировку справки С.В. Кафтanova 7 мая 1945 г., очевидно, что проекты этих орденов готовились к окончанию войны, чтобы тем самым отметить вклад советской науки, включая медицинскую, в победу Советского народа в Великой Отечественной войне. Однако датировка записки Отдела науки ЦК ВКП(б) 2 июля 1946 г. свидетельствует о том, что вслед за празднованием Победы интерес к учреждению этих наград и в советских, и в партийных органах был утрачен. С чем это связано, сказать трудно⁵, но 28 апреля 1947 г. из секретариата А.А. Жданова все документы, касающиеся новых орденов (записка Отдела науки, проекты указов ВС СССР со статутами орденов и проекты их внешнего вида), были направлены в архив ЦК ВКП(б) [9].

⁵ Можно лишь предположить, что математики потребовали свой орден, физики – свой и так далее по разделам науки. Тогда и было принято решение не учреждать «научно-педагогические» ордена вообще.

4.

В сентябре 2015 г. Российское общество историков медицины (РОИМ) ходатайствовало перед Министерством здравоохранения РФ об учреждении трех ведомственных профессиональных наград: 1) медали выдающегося русского хирурга, ученого и педагога, основоположника сестринского дела в России Н.И. Пирогова, 2) медали Нобелевского лауреата по медицине и физиологии, создателя крупнейшей физиологической школы И.П. Павлова и 3) медали выдающегося московского врача-гуманиста Ф.П. Гааза, девизом жизни и деятельности которого были слова: «Спешите делать добро!»

По мнению РОИМ, медалью Н.И. Пирогова можно было бы награждать врачей, ученых и педагогов, а также представителей среднего медицинского персонала «за выдающиеся достижения в профессиональной научной, педагогической и лечебной деятельности»; медалью И.П. Павлова – деятелей медицинской и физиологической науки «за крупные научные открытия и изобретения», а также выдающихся педагогов, создателей ведущих научных школ в медицине; а медалью Ф.П. Гааза – все категории вышеперечисленных медицинских работников, включая средних, чья высокопрофессиональная деятельность сочетается с бескорыстием, милосердием, великодушием и жертвенностью.

Вместе с тем, вопрос об учреждении профессиональной государственной награды (ордена или медали) в дополнение к званию «Заслуженный врач РФ» со статутом, превышающим статут орденов Дружбы и Почета, коими врачей чаще всего награждают сегодня, остается открытым. Ведь была же учреждена в годовщину рождения А.С. Пушкина государственная награда – медаль его имени.

В любом случае мы поддерживаем мнение российских врачей, представителей ветеранских и сестринских организаций, медицинской общественности, ученых-геральдистов и фалеристов [10] о том, что необходимость учредить несколько ведомственных и хотя бы одну государственную награду за выдающиеся заслуги перед отечественной медициной давно назрела.

Литература:

1. Глянецев С.П. Чины, награды и звания Н.И. Пирогова // Военно-медицинский журнал. 2010; 12: 65-69.
2. Значок «Отличнику здравоохранения (СССР) // [https://ru.wikipedia.org/wiki/Значок_«Отличнику_здравоохранения»_\(СССР\)](https://ru.wikipedia.org/wiki/Значок_«Отличнику_здравоохранения»_(СССР))
3. Заслуженный врач РСФСР // https://ru.wikipedia.org/wiki/Заслуженный_врач_РСФСР.
4. Народный врач СССР // https://ru.wikipedia.org/wiki/Народный_врач_СССР.
5. Заслуженный врач Российской Федерации // https://ru.wikipedia.org/wiki/Заслуженный_врач_Российской_Федерации.
6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 10 июня 2005 г. № 400 «О ведомственных наградах Министерства здравоохранения и социального

развития Российской Федерации» // <http://www.depzdrazv.tver.ru/tgs/depzdrazv/home.nsf/pages/interaction.html>.

7. Медаль «За заслуги перед отечественным здравоохранением» // https://ru.wikipedia.org/wiki/Медаль_«За_заслуги_перед_отечественным_здравоохранением».

8. Илизаров С.С. Ордена для советских ученых (нереализованный проект 1946 г.) // Вестник истории естествознания и техники. 1999; 4: 103-106.

9. Документы Отдела пропаганды и агитации ЦК ВКП(б) о проекте учреждения орденов имени М.В. Ломоносова, Д.И. Менделеева, Н.И. Пирогова и И.П. Павлова // Вестник истории естествознания и техники. 1999; 4: 107-123.

10. Цимбал А.Н. О некоторых вопросах награждения медицинских работников // Военно-медицинский журнал. 2009; 6: 66-68.

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ ДРЕВНЕГО МИРА И СРЕДНИХ ВЕКОВ

«ПЕРВЫЙ ПОСЛЕ БОГА...»: АМБРУАЗ ПАРЕ И ЛЕЧЕНИЕ РАН В XVI ВЕКЕ

Бергер Е.Е., Глянцев С.П.

Институт всеобщей истории РАН, ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», (Москва, Россия)

Выдающийся французский цирюльник-хирург⁶ Амбруаз Паре (Ambroise Paré; ок. 1510–1590) вошел в историю медицины как «реформатор хирургии». Служивший последовательно пяти французским монархам – Франциску I (1494/1515⁷–1547), его сыну Генриху II (1519/47–1559) и трем сыновьям последнего: Франциску II (1544/59 – 1560), Карлу IX (1550/61–1574) и Генриху III (1551/74–1589) – Паре участвовал в многочисленных войнах, которые в те годы вела Франция, приобретя огромный опыт и славу крупнейшего полевого хирурга своего времени.

Известно, что вклад Паре в учение об огнестрельной ране заключается в кардинальном пересмотре теории и практики ее лечения [1, 2]. Вместе с тем, истоки «метода Паре», его теоретическое обоснование и технические особенности в историографии не обсуждены. Кроме того, не ясна связь с предложенным Паре методом лечения ран другого его нововведения – перевязки сосудов лигатурой. Для решения данного вопроса мы объединили усилия историка-медиевиста (Е.Е. Бергер) и историка-хирурга, изучавшего в лаборатории, эксперименте и клинике различные методы лечения ран (С.П. Глянцев) [3].

1.

Войны, которые Франция вела с Испанией, Англией, папским престолом, итальянскими республиками, Швейцарией и Священной Римской империей за доминирование в Западной Европе на протяжении 60 с лишним лет (с 1494 по 1559 гг.), получили название «итальянских», поскольку их

⁶ Сейчас мы бы назвали А. Паре военно-полевым хирургом, но во Франции хирургия как специфический род занятий была выделена из цирюльного дела только в конце XVII в.

⁷ Первая дата – год рождения, вторая – коронации.

основной причиной стало притязание французской короны на итальянские земли. [4] С разным успехом они вспыхивали, затухали, прекращались и вспыхивали вновь попеременно (или одновременно) в нескольких местах – в Италии, на северном побережье Франции, на северо-восточных ее границах – во Фландрии, испанских Нидерландах, Лотарингии.

Военные действия, начатые королем Франции Карлом VIII в 1494 г., продолжил в 1498–1513 гг. Людовик XII. Вскоре после вступления на престол в 1515 г. 21-летний Франциск I Валуа вновь совершил поход в Италию и захватил Милан. Но далее судьба отвернулась от французов. После поражения под Павией в 1525 г. они проиграли первую итальянскую войну (1521–1526), затем «ничьей» закончилась вторая (1526–1530).

Война, в которой впервые принял участие 26-летний А. Паре, была третьей по счету. С 1536 по 1538 гг. ее, как и первые две, вели Франциск I и Карл V Габсбург. Следующая, четвертая, война с целой группой государств продолжалась с 1542 по 1546 гг. Пятую, последнюю «итальянскую» войну, в 1551 г. начал Генрих II, воюя все с тем же Карлом V, а после его отречения от престола – с его преемниками вплоть до заключения мира в 1559 г. [5, 311–316]. Помимо того, что в этих войнах участвовали почти все ведущие страны Европы, в них впервые широко было использовано огнестрельное оружие.

2.

Впервые ручное огнестрельное оружие было привезено в Европу из Азии во второй половине XIV в. Оно представляло собой граненую болванку из меди, бронзы или, позднее, железа (чугуна) с отверстием внутри. В разных странах его называли по-разному: во Франции – ручной бомбардой и кулевриной, в Италии – петринальо, в России – пищалью или ручницей.

Длина болванки с прикрепленной к ней деревянной рукоятью (прикладом) обычно составляла около полуметра, диаметр внутреннего канала – 13–30 мм. Такое оружие весом до 3 кг заряжали со стороны дула шарообразной свинцовой пулей весом около 20 г и диаметром на 1,5 мм меньше диаметра ствола. Для выстрела применяли так называемую «пороховую мякоть» – мягкой консистенции адгезивную смесь распространенных в природе веществ: калиевой селитры, древесного угля и серы в соотношении 15:3:2. Основным компонентом этой разновидности пороха, называемого дымным, была селитра, поддерживающая горение без доступа воздуха. Серу добавляли для воспламенения смеси, а уголь – в качестве горючего материала. [6]

И хотя дальность стрельбы из такого оружия составляла всего полтора десятка метров, а ее точность оставляла желать лучшего, выпущенная из него пуля при удачном выстреле не только пробивала металлические доспехи, но и обладала гораздо большим поражающим действием, чем стрела лука или арбалета. Важной особенностью огнестрельного ранения было ударное

действие горячей пули, а также то, что от удара о препятствие (доспехи, мундир или кожу) свинцовая пуля деформировалась, нанося повреждения тканям, называемые в литературе того времени «раздроблением», гораздо больших размеров, нежели диаметр входного отверстия, а увлекаемые в раневой канал инородные тела (чаще всего – обрывки обмундирования) вызывали воспаление, как правило, – анаэробное, переходящее в местное нагноение, затем – в сепсис, приводивший раненого к смерти [7].

В течение XV в. кулеврины были усовершенствованы: к их стволу приладили устройство, воспламенявшее порох (замок), а сам ствол был значительно удлинен. В результате получилось гладкоствольное дульнозарядное ружье – аркебуза⁸ с дальностью стрельбы от 20 до 100 м и более [8]. Известность аркебузы приобрели в феврале 1525 г. во время битвы французов с испанцами при Павии – первой баталии Нового времени, положившей начало успешному использованию ручного огнестрельного оружия. Решающим в этом сражении стал разгром тяжелой французской конницы, облаченной в рыцарские доспехи, испанскими аркебузирами [9].

В том же сражении был впервые применен изобретенный в 1521 г. в Испании мушкет, обладавший большей, в сравнении с аркебузой, поражающей мощностью. Длина его ствола достигала 1,5 м, вес – 9 кг, а мушкетная пуля массой до 50 г пробивала стальные доспехи всадника и пехотинца на расстоянии более 200 м. В результате мушкет как более совершенное оружие постепенно заменил аркебузу и к началу XVII в. почти совершенно вытеснил ее из вооружения пехоты европейских стран. Короткоствольные аркебузы и укороченные мушкеты – мушкетоны остались на вооружении легкой кавалерии, составлявшей до 70% тогдашнего войска, и просуществовали вплоть до I половины XIX в.⁹

Особенностью мушкетов стал также впервые примененный в них гранулированный порох, имевший меньшую адгезивность и большую взрывную способность, нежели пороховая мякоть, а также новая технология изготовления длинного дула высверливанием. Впоследствии эта технология привела к появлению нарезного оружия [7, 10].

3.

Появление и регулярное применение огнестрельного оружия (включая пушки, игравшие в те времена гораздо меньшую роль, чем аркебузы и мушкеты) стало не только новой страницей военной истории, но и важным ша-

⁸ Свое название этот вид оружия получил от арбалета с закрытым ложем, который называли «аркебуза» (фр. arcue – дуга + buse – желоб), стрелявшего металлическими шариками. Русский эквивалент – пищаль.

⁹ Мушкетоны начала XIX в. представлены, напр., в экспозиции Музея-панорамы «Бородинская битва» в Москве.

гом в развитии медицины. Перед полевыми цирюльниками разных стран¹⁰ встали новые задачи: смертность от огнестрельного оружия была несравнимо выше, чем от холодного, а извлечение пуль и попавших в организм вместе с ними инородных тел, а также отломков костей, осколков ядер и гранат имело совсем другие последствия, нежели извлечение стрелы или ее наконечника. Не случайно цирюльники того времени разделились на тех, кто начал изучать специфику огнестрельных ран и разрабатывать методы их лечения, и тех, кто не видел принципиальной разницы между ними и ранами, нанесенными холодным оружием.

В 1497 г. немецкий Wundartz Иероним Бруншви́г (Брауншвейгский) (Hieronymus Brunschwig; 1450–1533) опубликовал «Книгу о лечении ран» (Buch der Wund Artzney). В ней он, возможно первый, высказал мысль о том, что все огнестрельные раны являются отравленными, поскольку селитра считалась ядовитой. Внешний вид огнестрельных ран, по мнению Бруншвига, напоминал раны от стрел, наконечники которых были смазаны ядом, а также раны от укусов бешеных собак и ядовитых животных. Именно Бруншви́г впервые предложил лечить такие раны точно так же, как в древности лечили «отравленные» раны [11, 154-155] – «прижиганием», ибо «огонь», как считал автор, прекращал действие яда¹¹. [12, 187]

В своих рассуждениях Бруншви́г шел стандартным путем: в ту эпоху все необъяснимые с точки зрения медицины причины смерти предполагали действие некоего яда. Поэтому часто возникавшие после огнестрельного ранения «припадки»¹², как то: лихорадка, слабость, синюшность кожи, рвота, помутнение сознания и т.п., не укладывавшиеся в местные признаки воспаления, объясняли действием «общего яда», попавшего в организм извне с пульей и частицами «пороховой мякоти» на ней.

4.

Обучавшийся хирургии вначале у местного цирюльника-хирурга в родном Анжере, а затем – в парижском Отель-Дье, Амбруаз Паре (1510–1580) не сталкивался с огнестрельными ранами вплоть до своего первого участия в военном походе в 1536 г. Поэтому его опыт в их лечении был сугубо «книжным». При этом Бруншвига, по всей видимости, Паре не читал. Тот писал по-немецки, а его труды, насколько известно, во Франции не издавались.

Поэтому основным источником знаний Паре о лечении огнестрельных ран, по его собственным словам, стал труд бывшего полевого цирюльника,

¹⁰ Полевой цирюльник, фельдшер (feld – поле брани + scher – стричь, подстригать, обрезать, подрезать). Другое название полевого цирюльника wundartz – раневой врач (wund – рана + artz – врач).

¹¹ Механизм действия на «отравленную» рану высокой температуры может быть обусловлен, с одной стороны, коагуляцией тканей и тромбозом сосудов, что прекращало всасывание яда; с другой стороны, инактивацией ядовитого вещества при его нагревании.

¹²Здесь: проявления, симптомы.

личного врача Папы Юлия II Джованни да Виго (Giovanni da Vigo, Jean Vigo; 1450/60–1525) «Практика и хирургия» («La pratique et chirurgie»), или просто «Практика». Начиная с 1514 г., этот труд в двух частях и 14 книгах издавался на латинском, французском, немецком, итальянском, португальском и английском языках. Его последнее издание увидело свет в 1713 г. Таким образом, «Практика» да Виго была одним из основных источников знаний по хирургии в Европе на протяжении почти 200 лет. По-видимому, Паре читал лионское издание «Практики» 1515 г., поскольку именно в этом издании, во второй части книги 1, содержится описание огнестрельных ран, а в главе 8 сказано о том, что они «отравлены» пороховым ядом. [13]

По выражению А. Мунье-Куна, да Виго был «хирургом-Янусом» [11, 263], пропагандировавшим вполне рациональные методы лечения бытовых травматических ран и впадавшим в «самую варварскую архаику» в случаях с огнестрельными ранами. Однако в учении «хирурга-Януса» можно найти немало блестящих, с точки зрения сегодняшнего дня, положений. Так, Да Виго учил, что огнестрельная рана имеет три компонента: 1) механическое повреждение от удара инородного тела о ткани (contusio), 2) ожог от горячей пули и пороха (combustio) и 3) отравление от попадания в ткани «порохового яда» (intoxicatio). С первым компонентом согласится любой современный военный хирург, второй вполне возможен при выстреле с близкого расстояния, а третий, во многом – умозрительный, как раз и стал камнем раздора среди хирургов середины XVI в. Но можем ли мы сегодня обвинять наших коллег в незнании раневой инфекции, клинику которой напоминают их представления об отравлении организма раненого пороховым ядом?

Но вернемся к Да Виго. Поскольку эти воздействия различны, полагал он, то огнестрельную рану лечить трудно. Подчеркивая, что древние врачи не знали таких ран, чем сильно осложнили задачу современных ему хирургов, Да Виго, тем не менее, прибегнул к авторитету Галена, наставлявшего, что если присутствуют две или несколько болезней, то врачу надо лечить самую опасную. А поскольку самым, по сути дела, смертельно опасным компонентом огнестрельной раны да Виго считал отравление пороховым ядом, то, согласно Галену, первым делом такую рану следовало «обработать» чем-то горячим, например, кипящим оливковым маслом, температура которого, по разным данным, может достигать 140°C и выше.

Метод лечения отравленных «пороховым ядом» огнестрельных ран по Да Виго стал, возможно, первым теоретически обоснованным методом лечения огнестрельных ран, благодаря авторитету автора получил название «итальянского» и, как это будет показано ниже, в модифицированном виде (диатермия) применяется до сих пор.

Для лечения раны после ее «прижигания», в зависимости от ее внешнего вида, Да Виго рекомендовал различные средства, например, ячменный отвар

с земляными червями¹³, а также «пищеварительное»¹⁴ средство из скипидара (теребинтина), розового масла и яичного желтка [14, 224]. Как писал Паре, он штудировал труд Да Виго, как и подобает средневековому книжнику, заучивая текст наизусть. При этом его «книжный» опыт до поры до времени не входил в противоречие с практикой. Но практика оказалась куда страшнее, чем она виделась из книжек.

5.

В 1545 г. вышла книга Амбруаза Паре «Метод лечения огнестрельных ранений» («La Methode de traicter les playes»)¹⁵. В ней автор изложил свое видение причин, разновидностей, признаков и способов лечения огнестрельной раны, то есть то, что можно назвать «учением об огнестрельной ране» Паре. В последующих изданиях Паре неоднократно возвращался к этой проблеме, и в окончательном варианте его учение вошло в «Собрание сочинений», изданное в 1575 г. и переизданное 1585 г.¹⁶

Описание огнестрельных ран Паре начинает с их клиники и классификации: «Все огнестрельные раны в человеческом теле, как простые, так и сложные, [проявляются] контузией, раздроблением [тканей], жаром и опухолью. Одни бывают в [жизненно] важных частях, другие – в мало важных, <...> некоторые – с поражением больших сосудов – вен и артерий. <...> Бывают раны поверхностные и глубокие, проникающие сквозь тело и его члены. <...> Другое подразделение [ран] – в зависимости: от пуль разной величины: есть большие (например, от мушкетной пули – авт.), средние (от пули, выпущенной из аркебузы – авт.) и маленькие, от дроби (при стрельбе картечью – авт.); от материала [пули]: чаще всего [пули льют] из свинца, иногда – из железа, бывают также серебряные и очень редко – золотые [пули]»¹⁷.

¹³ О применении в медицине земляных (дождевых) червей упоминает, в частности, Парацельс (см. Майер П. Парацельс – врач и провидец. – М., 2003, С. 63)

¹⁴ По мнению средневековых врачей, открытая рана «варилась», вырабатывая так называемый «полезный», или «доброкачественный» гной (pus benignus), который способствовал очищению раны и ее заживлению.

¹⁵ Paré, Ambroise. La Méthode de traicter les playes faictes par hacquebutes et aultres bastons à feu et de celles qui sont faictes par flèches, dardz et semblables, aussy des combustions spécialement faictes par la pouldre à canon, composée par Ambroise Paré, Paris : V. Gaultierot, 1545.

¹⁶ Говоря о последующих трудах Паре, мы имеем в виду его книги: «Способ лечения ран» («La manière de traicter les plaies», 1551); «Метод лечения ран головы и переломов черепа у человека» («La méthode curative des plaies et fractures de la tête humaine», 1561) и «Десять книг о хирургии» («Dix livres de la chirurgie», 1564). В этой последней работе отметим главы «Доклад королю об аркебузах» («Discours au roi sur les arquebusades» из 7 книг: I. «Раны, нанесенные аркебузами» («Plaies faictes par arquebuses»); II. «Раны, нанесенные стрелами» («Plaies faictes par fleches»); III. «Переломы» («Fractures»); IV. «Ушибы» («Contusions»); V. «Ожоги» («Combustions»); VI. «Остеомиелит» («Caries des os») и VII. «Гангрена и омертвление» («Gangrène et mortification»).

¹⁷ Не совсем ясно, о чем идет речь. Возможно, Паре имел в виду, что раны свинцовыми пулями были более «ядовитыми», нежели раны пулями из благородных металлов. Напомним, что требование обязательного извлечения свинцовой пули как раз и обусловлено отравлением организма находящегося в тканях свинцом.

В зависимости от этих различий, хирург должен предпринимать разное лечение. Поражение не зависит от ядовитости пуль, <...> но [зависит] от контузии, раздробления [тканей] и перелома [костей] <...>. Если случается, что пуля затрагивает только крайние части (*касательное ранение – авт.*), и раненого не лихорадит, то такие раны лечить легко».

«Знаки» или, как бы мы сказали сегодня, клинические признаки (симптомы) огнестрельной раны по Паре суть следующие: «Сама рана круглой формы, цвет ее краев – белый, а цвет окружающих тканей – желтый, фиолетовый или черный (*зона контузии тканей – авт.*). Раненый говорит, что в момент ранения он почувствовал резкую и сильную боль, словно его ударили камнем или ножом. Обычно, если не задеты большие сосуды, из раны выделяется немного крови. Затем раненый чувствует сильный жар; боль от ушиба в зоне контузии, поскольку пуля проникает в тело с большой силой; кожа вокруг места [входа пули] краснеет, соседние части бледнеют, затем следуют боль, воспаление, жар, нарыв, спазм, онемение, паралич, гангрена, омертвление, и затем – смерть» [15, ССССXXXI].

6.

Итак, диагноз огнестрельной раны поставлен. Что делать дальше?

Паре рекомендовал «сначала расширить рану, чтобы обеспечить свободный выход инородного тела и удалить части одежды, волосы, ткань, бумагу¹⁸, части сбруи, ... осколки кости и другие предметы, которые могут быть. Чтобы лучше извлечь пулю, надо поставить раненого в такую позу, в какой он был в момент ранения, чтобы мускулы и другие части указали путь». Паре подчеркивал, что искать пулю хирургу следует, по возможности, вручную, наощупь, не используя щупы (зонды) или иные инструменты, ибо тогда приходит на помощь чувство осязания. Но если пуля находилась глубоко, то следовало применить зонд с закругленным наконечником, чтобы не причинить боль раненому.

«Часто случается, что пулю не найдешь и зондом, как это было в битве при Перпиньяне с маршалом де Бриссаком; несколько хирургов не могли найти пулю. Тогда я начал искать, заставив раненого принять позу, в которой он был ранен, затем осторожно исследовал части, окружающие рану, нашел опухоль и затвердение в плоти с чувством боли между 7 и 8 позвонками; там сделал надрез, извлек пулю, и раненый выздоровел» [15, ССССXXXIII].

Сегодня такие манипуляции мы отнесем к неполной (частичной, радикальной) первичной хирургической обработке раны¹⁹. Интересны описа-

¹⁸ Опять не ясно. Возможно, речь идет о бумаге, которую могли использовать в качестве пыжа, либо о части бумажного патрона, увлеченного деформированной пулей.

¹⁹ Под полной (радикальной) хирургической обработкой сегодня понимают широкое рассечение раны и ее карманов до ее дна с иссечением краев раны в пределах здоровых с последующей обработкой раны антисептиками.

ния и изображения инструментов, с помощью которых А. Паре ее проводил. Среди них – скальпели различной формы для рассечения тканей с целью расширения раны или извлечения из нее инородных тел, инструменты для раздвигания краев раны (шпатели, крючки), пулевые щипцы и другие инструменты (например, буравы – тирфоны) для извлечения свинцовых пуль и инородных тел, предложенный Паре для остановки кровотечения из сосудов пинцет²⁰, напоминающий формой голову крупной птицы, который современники называли «клюв ворона», а также тонкие «пуговчатые» щупы («зонды») из мягкого металла (меди, олова или серебра) с утолщением («пуговкой») на конце²¹ для того, чтобы их можно было изгибать с целью лучшего проникновения в раневой канал неправильной формы.

7.

Хорошо видно, что ни о каком «ядовитом» действии пороха и о «прижигании» огнестрельной раны вливанием в раневой канал кипящего масла речи не идет. Но как раз в этом-то и состоял простой, но вместе с тем оказавшийся крайне эффективным подход Паре к ее лечению. Его слова о лечении огнестрельных ран в сражении под Турином в 1538 г., когда из-за нехватки кипящего масла (раненых было слишком много) он закрыл раны некоторым из них повязками, а утром нашел этих воинов в значительно лучшем состоянии, нежели тех, кому он прижег раны по да Виго, хорошо известны историкам медицины: «Тогда хирургам досталось много работы; я был еще новичком, и мне ни разу не приходилось видеть, как лечат раны, нанесенные огнестрельными снарядами. Но я читал у Джованни Виго в 8-й главе первой книги “О ранах”, что огнестрельные раны отравленные, и что их следует выжигать кипящим бузинным маслом с небольшой примесью териака. Я знал, что это средство вызывает страшную боль, и, чтобы не впасть в ошибку, я хотел узнать, как поступают другие хирурги в таких случаях, и я увидел, что они вливают сильно кипящее масло в самую рану. Тогда я вооружился мужеством и последовал их примеру. Опыт делает человека смелым. Наконец, мне не хватило масла, и я принужден был употребить вместо него пищеварительное средство из желтка, розового масла и скипидара. Я плохо спал ночь, боясь, что раненые, которым я не сделал прижигания по недостатку масла, умрут вследствие заражения. На следующий день я очень рано отправился к раненым; сверх всякого ожидания я нашел, что те, которых я лечил пищеварительной смесью, мало страдали: их раны не были воспалены. Те же, к которым было применено лечение маслом, лихорадили, раны их были

²⁰ От фр. *pincés* – щипцы. Сегодня – кровоостанавливающие зажимы.

²¹ Это утолщение, обычно из того же металла, что и сам зонд, могло быть как шарообразным, так и оливообразным. Зонды из благородных металлов (серебра) могли иметь на конце шарик из кости. Сегодня такие зонты называют «пуговчатыми».

воспалены, припухли и были чрезвычайно болезненны. С тех пор я решил никогда не подвергать прижиганию бедных солдат, раненных огнестрельными снарядами».

Дальше Паре пишет следующее: «Когда мы заняли Турин, там нашелся хирург, известный своими методами лечения огнестрельных ран. А поскольку я покидал страну, то он охотно поделился со мной рецептом своего «бальзама». Для начала он послал меня найти двух щенков, [нескольких земляных червей], масло лилий, 6 унций венецианского терпентина и 1 унцию алкоголя. Затем он вскипятил масло, бросил туда живых щенков, и кипятил их, пока плоть не отделилась от костей. Он показал мне, как следует замочить червей в белом вине, чтобы они извергли землю, которая всегда есть у них в чреве и, призвав Бога в свидетели, заявил, что это и есть его бальзам» [15, CCCLVIII].

И хотя этот пассаж при желании можно расценить как подтверждение наблюдения Паре, вряд ли туринский врач лечил огнестрельные раны одними повязками. Полагаем, что Паре об этом обязательно бы упомянул. Скорее всего, хирурги обсуждали варианты лечения ран после прижигания.

8.

А что же произошло дальше с «открытием» молодого врача, которое он, сам того не подозревая, совершил под Турином? «Когда я вернулся в Париж, – отметил далее Паре, – меня пригласил к себе на обед известный профессор Сильвий²², который очень заинтересовался тем, что я ему доказал, что порох не является ядом». Примечательно, что европейски известный профессор Сорбонны «пригласил к себе на обед» только что вернувшегося с поля боя 26-летнего и никому пока еще не известного цирюльника. Неужели этот случай с нехваткой масла столь быстро достиг Парижа и распространился среди его медицинской элиты? Как бы то ни было, но вот так, сугубо опытным путем, Паре установил, что никакого ядовитого действия у пороха нет.

Более того, он пошел значительно дальше медицинских аспектов своего открытия, подкрепив его религиозно-нравственным выводом: «Не по-христиански жечь [рану] огнем, пока не использованы более мягкие средства». Но это – с одной стороны. А с другой, не секрет, что боль в ту эпоху была неременной спутницей хирурга, манипуляции которого ассоциировались с мучениями, сравнимыми разве что с «совестью нечестивца, [которую] постоянно точит изнутри какой-то червь, причиняя такую жгучую боль, какой не вызывают и прижигания» [16, 41].

Вот почему, как утверждал Паре, «хирург должен иметь руку сильную, твердую и бестрепетную, ум рассудительный и безжалостный (*sic!* – *авт.*), иначе при лечении того, кто попадет в его руки, он будет мягче, чем требует-

²² Сильвий Якоб (Sylvius Jacobus, 1478–1555), профессор Парижского университета, учитель А. Везалия.

ся, или отрежет меньше, чем необходимо; но делать все нужно так, как если бы он не слышал криков [раненого] и не принимая во внимание суждения обыкновенных людей, которые бранят хирургов из-за своего невежества» [15, III]. Поэтому его слова о том, что «огонь» применять нельзя, пока не использованы повязки, говорят о том, что он не исключал его применение в иных ситуациях, когда лечение повязками не помогает. Вместе с тем, отказ от напрасного причинения боли раненому, нередко и без того находящемуся в состоянии травматического шока, считаем крайне важным шагом средневековой хирургии к будущей «эре милосердия» – изобретению местной и общей анестезии.

Проводя параллели с Новым временем, укажем, что и великий Н.И. Пирогов, испытав эфирный наркоз на Кавказе в 1847 г., писал, наряду с медицинским, о нравственном влиянии общего обезболивания и не только на раненых, но и на применявший его медицинский персонал [17].

9.

После того, как инородные тела, включая пулю, из раневого канала или раневой полости удалены, Паре накладывал на рану холщовую повязку из конопли, пеньки или льна с нанесенным на нее шпателем или путем пропитывания лекарством²³. Прописей этих лекарств в ту эпоху существовало, впрочем, как и сейчас, множество. Причем, у каждого врача и полевого цирюльника был свой, излюбленный рецепт. Вспомним приведенный выше бальзам туринского врача из двух свежесваренных щенков.

В книге Паре таких рецептов приведено несколько. Например, такой:

«Возьми:

Измельченные в порошок квасцы – 4 части;

Свежего *aeris*, римского *vitriulis* и меда из розы – по 3 части;

Крепкого укуса сколько требуется.

Вскипяти все вместе согласно правилам.

Разотри полученную массу до консистенции мази.

Свойства этой мази таковы, что своим жаром и тонкостью она надсекает и притягивает жидкости, уничтожает природный жар, который вызывает пулю, исправляет порчу жидкости».

Если провести аналогию с современными средствами для лечения ран, то мазь, «притягивающая жидкости», вполне может быть предтечей современных мазей на водорастворимой основе, которые способны высушивать рану за счет высокой абсорбционной способности входящих в них полиэтиленгликолей. Еще несколько прописей:

²³ Сегодня после первичной хирургической обработки рану промывают раствором антисептика или обрабатывают различными физическими методиками: ультразвуком, пульсирующей струей жидкости и др.

«Лоран Жубер, замечательный врач, предлагает взять:
Порошок ртути, дважды прокаленный – 3 унции;
Жир молодого поросенка или свежее масло;
Камфару, разведенную в алкоголе.
Все смешать, добавив немного масла лилии».

Опыт показывает, – пишет далее Паре, – что это – замечательное лекарство. От него больная плоть начинает гноиться легко и быстро, без большой боли. А камфара, холодная она или горячая, сильно этому способствует из-за ее тонкости; к тому же камфара препятствует гниению. Некоторые заливают в рану алкоголь с добавлением жженого купороса, который тоже препятствует гниению» [15, ССССXXXVIII].

Эти слова Паре о противогнилостном действии некоторых лекарств просто замечательны! Ибо пройдет еще почти 400 лет, прежде чем хирурги разработают противогнилостный метод лечения ран, назовут его антисептическим и с его помощью произведут переворот в хирургии.

Замечание Паре о лечении ожога также звучит очень современно: «Если есть ожог от горящего пороха [при выстреле с близкого расстояния], тогда [применяют] противоожоговые охлаждающие средства», ибо первой помощью при ожоге является охлаждение обожженной кожи.

После наложения непосредственно на рану повязки, которую мы сегодня назовем лечебной, Паре предлагал «хорошо перевязать раненый орган, поместить его в положение ему свойственное и безболезненное, если это возможно²⁴. До тех пор, пока рана не начнет гноиться²⁵, перевязывать раненого следует каждые сутки. Когда же начнется нагноение, и, следовательно, [появятся] боль, лихорадка, беспокойство и др., повязку надо менять каждые 12 часов. Если [рана отделяет] очень много материи, которая беспокоит больного²⁶, повязку меняйте 3 раза в сутки. Когда количество гноя начнет уменьшаться, то повязку меняют каждые 12 часов. Наконец, когда рана начнет заживать, и выделения прекратятся, то достаточно менять повязку 1 раз в день до полного выздоровления».

С чем следовало (по Паре) накладывать повязки при перевязках в процессе лечения огнестрельной раны? «Если нет подозрения на гниение и гангрену²⁷, можно обрабатывать [рану] теми же маслами, [что содержались в первичной повязке, наложенной после извлечения из раны инородных тел]; можно также добавить яичные желтки и немного шафрана <...> гной [образующийся в огнестрельной ране] дольше сохраняет природный жар, чем при ранах, нанесенных другими инструментами, т.к. пуля и воздух, ко-

²⁴ Сегодня мы называем это иммобилизацией.

²⁵ Обычно это происходит на 4–5 суток.

²⁶ Материя (здесь) – гнойное отделяемое. Беспокоить раненого может не только количество отделяемого, но и его порой крайне неприятный, гнилостный запах.

²⁷ Здесь: гниение – местная смерть тканей (некроз); гангрена – умирание части органа или конечности.

торый она несет с собой, разгоняют природный жар²⁸. Но в любом случае он сохраняется 3 или 4 дня. Потом надо начать понемногу очищать рану, используя тербенгин²⁹, растворенный в розовой воде, или что-то подобное, чтобы уменьшить воспаление. Если время очень холодное, можно использовать коньяк, следуя совету Галена, что зимой надо использовать лекарства более горячие, а летом более холодные».

Далее Паре приводит несколько рецептов с тербенгином, розовым маслом и миррой³⁰. «Я пробовал также ртутный порошок со жжеными квасцами, смешанными в равной пропорции, – писал он, – и результатом часто бывал поражен»³¹.

При лечении раненого с огнестрельной раной «надо учитывать время (*прошедшее с момента нанесения раны – авт.*), темперамент пострадавшего, соответственно меняя лечение: холерика лечить иначе, чем флегматика; возраст, по-разному леча молодого и старика. Необходимо также учесть образ жизни индивидуума: если он привык пить и есть много, надо назначить ему другую диету, чем тому, кто привык пить и есть мало» [15, ССССXLII].

Примечательны слова Паре, щедрой рукой разбросанные по всей его книге и последующим трудам, о том, что «когда извлечены инородные тела, хирург должен помогать Природе исцелить рану», или «я перевязал раненого, а Господь его исцелил». С одной стороны, они подчеркивают естественную религиозность человека XVI в. и безусловную вторичность всех его «естественнонаучных» взглядов по отношению к вере в могущество Всевышнего, а с другой, говорят о скромности великого хирурга, являющего собой пример высокого христианского смирения. Кстати, называя врача сегодня «первым после Бога», не повторяем ли мы слова Паре?

В «Десяти книгах о хирургии» (1564) Паре вернулся к своему «сберегательному» методу лечения ран и вновь попытался подвести под него теоретическую базу.³² Его аргументы заключались в следующем. Те компоненты, из которых состоит порох (селитра, сера и уголь), сами по себе и по отдельности не ядовиты, а серу еще Гален рекомендовал в книге «О простых лекарствах» в качестве «противоядия» при укусе бешеного животного. Огонь же, образуемый при сгорании пороха, очищает пулю от яда, если он там вообще был. Паре рассказал также, что пленные немцы растворяли несколько щепоток пороха в вине и пили эту смесь, оставаясь при этом в полном здравии. Далее

²⁸ Речь идет о воспалении.

²⁹ Тербенгин (терпентин) – смола некоторых хвойных деревьев; используется для изготовления скипидара.

³⁰ Мирра (смирна) – смола миррового дерева (коммифора мирровая).

³¹ Порошок с квасцами хорошо подсушивает рану, способствуя ее заживлению.

³² Dix livres de chirurgie, avec le magazin des instrumens necessaires à icelle. Par Ambroise Paré, premier chirurgien du Roy, et juré à Paris... 1564

Паре обсудил природу возгорания и действия ударной волны, что напрямую не относится к ядовитости пороха. Но его вывод был однозначен: в составе пороха нет ничего, что бы подпадало под понятие «яд».

Таким образом, если первое теоретическое обоснование метода лечения огнестрельных ран прижиганием ввел в литературу Джованни Да Виго, то первое обоснование лечения ран повязками принадлежит Амбруазу Паре.

10.

В последнем прижизненном издании «Сочинений» Паре (1585) главе «Об огнестрельных ранениях» предшествует вступление, в котором автор резко осуждает огнестрельное оружие. Отметим, что как Wundartz Паре порицает не столько войну как таковую, сколько ее ведение «нечестными» способами, исключая «благородство» старых добрых кинжала или шпаги и приносящими тем самым лишние хлопоты хирургу. Можно полагать также, что в приведенном ниже тексте содержится скрытая цитата из ордонанса Людовика XII, назвавшего огнестрельное оружие дьявольским изобретением. Эти слова о принадлежности огнестрельного оружия к антихристу были во Франции XVI в. весьма распространены: «Ныне в ходу изящное и исправное тиснение, изобретенное в мое время по внушению Бога, тогда как пушки были выдуманы по наущению дьявола» [18].

«Артиллерию изобрел один немец из низкого сословия, рожденный на беду и погибель роду людскому, – писал А. Паре. – Впервые это дьявольское изобретение было применено венецианцами в войне против генуэзцев в 1380 г., в месте, называемом Кюджа. <...> Изобретатель этой машины, немец из Фрайбурга по имени Константин Анцклен – монах, философ и алхимик – недостойн никакой памяти из-за беды, которую он нам принес. <...> Его машину из бронзы и меди вначале называли бомбардой из-за производимого ею шума <...> Массивная и тяжелая, со временем она изменилась настолько, что ее поставили на колеса; <...> так появились такие ужасные, разрушающие человека чудовища, как пушки, двойные пушки, бастарды и мушкеты, <...> а также такие страшные звери, как кулеврины, серпантины и другие враги рода человеческого <...>, но есть еще и такие, которые атакуют нашу жизнь с близкого расстояния – пистолы, или пистолеты и т.д. а между этих двух видов – аркебузы» [15, ССССХVI].

11.

Хотя Паре не написал полной автобиографии, в его научном наследии есть одно необычное произведение. Это описание 20 военных эпизодов двух последних «итальянских войн», в которых он участвовал в период с 1543 г. (сражение под Турином) по 1569 г. (битва при Монконтуре). Эти описания Паре назвал «Походами» («Voyages»), вспоминая о них уже глубоким стари-

ком. «Походы» являются приложением к его «Апологии», ставшей ответом на критику его нововведений в хирургию одним из современников.

Предыстория этих трудов такова. Отказ от прижигания огнестрельных ран привел Паре к разработке нового метода остановки кровотечения перевязкой сосудов при помощи «клюва ворона» и известной еще со времен Цельса лигатуры³³. Однако Паре столкнулся с неоднозначной реакцией хирургической общественности на свои «открытия». Одним из первых его критиков стал декан медицинского факультета Парижского университета, профессор и заведующий кафедрой хирургии клиники Королевского коллежа хирургов Этьен Гурмелен (Etienne Gourmelen, 15?–1594).

В своей работе «Искусные в хирургии парижские врачи» («Stephani Gourmeleni Curiosolite Parisiensis medici Chirurgiae artis, ex Hippocratis et aliorum veterum medicorum decretis, ad rationis norma redactae libri III» (1580) Гурмелен утверждал, что в некоторых случаях для остановки кровотечения может быть использовано прижигание. Ответом на эти утверждения и стала «Апология» Паре, опубликованная в последнем прижизненном собрании его сочинений в 1585 г. В нее, помимо ссылок на Галена, Цельса, Авиценну, Ги де Шолиака, Везалия, да Виго и других знаменитых врачей прошлого, включен раздел «Опыты», в котором подробно проанализированы случаи применения лигатур самим Паре и его коллегами с благоприятными исходами. Его вывод наголову разбивает возражения оппонента: «И вот, мой маленький мэтр, ответ на вашу клевету, прошу вас... пересмотреть и исправить вашу книгу, чтобы молодые хирурги не делали такой ошибки и не использовали раскаленное железо после ампутации для остановки кровотечения, когда есть средство не такое жестокое, а более легкое». Гурмелен не успокоился, а возражал Паре в другой своей работе [19], но точку в их споре поставила сама история. И все же, для чего к «Апологии», которая, казалось бы, исчерпала тему, Паре приложил свои «Походы»?

Они начинаются лукавой фразой: «Теперь я хочу показать читателям места, где я смог научиться хирургии, дабы лучше наставить молодого хирурга» [15, МССХIII]. Но ведь для обучения хирургов логично приводить описания не мест и битв, а врачебных методик и операций, что Паре всегда и делал. «Походы» – исключение. Но каков смысл этого «топографического» принципа изложения? Битвы, которые описывает автор, выбраны, на первый взгляд, совершенно произвольно. Они размещены не в хронологическом порядке, не все они были решающими или, по крайней мере, значимыми с военной точки зрения. Чем же так важны были эти баталии, и почему именно их Паре считал необходимым «учебным материалом»?

Может быть, Паре рассказал о тех сражениях, в которых его участие как

³³ Несмотря на то, что лигатуру для перевязки сосудов применяли еще во II в., она вошла в литературу под названием «нитка Паре».

медика было особенно заметно? Действительно, в первом из «путешествий» он описал тот самый эпизод битвы под Турином 1546 г., где ему не хватило кипящего масла, и где он впервые применил новую методику лечения огнестрельных ран, принесшую ему мировую славу «реформатора».

Но вот – короткий рассказ о вылазке отряда храбрецов во вражеский лагерь в битве при Ландрези в 1544 г., в результате которой несколько человек были убиты на месте, а другие искалечены. Безусловно, Паре оказал им помощь, но в тексте об этом нет ни слова. Осада Меца в конце 1552 – начале 1553 г. описана более подробно, но опять-таки с акцентом на боевых операциях; хирургическая работа занимает очень небольшое место. И уж совсем не к месту, на первый взгляд, короткое сообщение об эпизоде в Бурже в 1562 г.: «Не знаю ничего достойного памяти, кроме того, что какой-то мальчишка, служивший на королевской кухне, подбежал к городской стене, [указывая за нее и] громко крича: “Гугенот, гугенот, убей его, убей его!” Когда ему пробило руку пулей, коннетабль <...> спросил, кто его ранил? Некий дворянин, видевший это, сказал, что парнишку ранили, поскольку он кричал: “Гугенот, гугенот, бей его, задай ему!” Тогда коннетабль сказал, что этот гугенот – хороший стрелок и добрый человек, поскольку мог и в голову целиться, а стрелял только в руку. Я перевязал этого мальчика, поскольку он был тяжело ранен. Он выздоровел, хотя рука у него не действует. Приятели прозвали его “гугенотом”; он жив и сейчас» [15, МССХІХ]. Чем для обучения хирургов может быть полезна трагикомическая история этого Гавроша эпохи религиозных войн? И, наконец, к кому относится язвительное обращение Паре «мой маленький мэтр» (*mon petit maître*), которое встречается почти в каждом эпизоде? Эти обращения заслуживают отдельного анализа.

«Мой маленький мэтр, думаю, что если бы вы были там, не я один бы боялся, а и вы бы боялись тоже» (Булонь, 1545) [15, Ibid]; «Я вылечил дворянина с оторванной ногой: я доставил его домой, веселого, на деревянной ноге; и он доволен, говоря, что хорошо..., что его не прижигали ужасным образом, чтобы остановить кровь, как это вы пишете в своей книге, мой маленький мэтр» (Данвилье, 1552) [15, МССХХ]; «Мой маленький мэтр, если бы Вы были здесь, то Вам бы здорово помешали с Вашим раскаленным железом. Надо было бы Вам много угля, чтобы его раскалить, думаю, что Вас бы зарезали, как быка, за такую жестокость» (Эден, 1553) [15, МССХХVІІІ]; «От множества мертвых тел воздух стал дурным, он мог вызвать чуму. Мой маленький мэтр, хотел бы я, чтобы Вы были здесь со мной, нюхали эти запахи, чтобы потом написать рапорт о том, каковы они. Раненые умерли почти все» (Сен-Кантен, 1558) [15, МССХХХVІ]; «Молчу уже о моем маленьком мэтре, которому было гораздо лучше дома, чем мне на войне» (Амьен, без даты); [Paré, МССХХХVІІ] «Было много убитых и раненых без какой-то надежды выздороветь, друзья их оплакивали... Мой маленький мэтр, если

бы Вы там были, вы бы поступили как они» (Гавр-ле-Грас, 1563) [15, Ibid]. «Хотел бы я, мой маленький мэтр, из-за любви, которую я к Вам питаю, чтобы вы были там, чтобы рассказали ученикам и детям» (Дре, 1561) [15, МССХХХІХ].

Совершенно очевидно, что в медицинском мире Франции Паре раздражал многих. Накал полемики и его язвительность лишний раз доказывают это. Характерно, что он не называл имени того, к кому была обращена «Апология» и «Походы». Круг врачей Парижа, к тому же занимавшихся хирургией, был узок, и все и так прекрасно знали, о ком идет речь. Французские историки утверждают [20, 45-56], что если «Апология» имела конкретного адресата – Гурмелена, то у «Походов» их было по меньшей мере двое.

Вторым научным противником Паре был доктор медицины Жюльен Ле Помье (Julien le Paulmier; 1520–1588), участник религиозных войн на стороне протестантов, лечивший Карла ІХ, герцога Анжу и маршала Франции Жака Матиньона, автор небольшого «Трактата о природе и лечении огнестрельных ран» («*Traicté de la nature et curation des playes...*») [21]. В этой работе Ле Помье, отрицая, что огнестрельные раны содержат «пороховой яд», категорически не рекомендовал применять прижигание при их лечении. Но эмпирические методы лечения, заменившие прижигание, Ле Помье также считал неправильными и даже вредными, при применении которых «из сотни [раненых] едва ли выжило десять, и то те, кто был ранен лишь поверхностно». Бросая камень в огород соперника, Ле Помье утверждал, что «из раненых при осаде Руана и в битве при Дре, и в битве при Сен-Дени немногие из тех, кого лечили и перевязывали таким образом, выжили... чаще всего раны у них были небольшие и поверхностные... и не представляли никакой угрозы» [21, 2-3].

В противовес эмпиризму цирюльника Паре, дипломированный врач Ле Помье использовал классические, традиционные, галенистские аргументы, утверждая, что поскольку огнестрельные раны – «горячей» природы, прижигание железом, кипящим маслом, раскаленным порошком или какими-либо другими средствами неприемлемо. Взамен он предлагал использовать целый ряд других медикаментов самого разного состава для «охлаждения» раны, начиная с холодной воды или талого снега, и до сложносоставных бальзамов и мазей, в которые входили ингредиенты, «привезенные из Перу». «Все эти средства облегчают боль от ожогов», – писал Ле Помье [21, 109]. Хотя в этой работе Паре не назван по имени, высказанные Ле Помье упреки, по-видимому, он принял на свой счет: ведь это же он был хирургом французской армии в битве при Сен-Дени.

Любопытно, что язвительные «контраргументы» Паре не содержат описания средств и методов лечения; по сути, они сводятся только к одному: «Я там был, а вас там не было». Главным адресатом этих посланий является, бесспорно, апологет прижиганий Гурмелен. И с точки зрения хирургии

здесь все достаточно очевидно: к 1580 г. если не всем, то многим хирургам, в значительной степени благодаря трудам Паре, неприемлемость прижигания огнестрельных ран стала ясна. Но на упреки Ле Помье ответить было сложнее: в самом деле, почему в Турине смертность от новой методики лечения ран, по словам Паре, была минимальной, а при осаде Руана и в битвах при Дре и Сен-Дени, по сведениям Ле Помье, она была гораздо выше? Из этого вопроса вытекает другой: а сколько, собственно, раненых было спасено новой методикой Паре при осаде Турина?

К сожалению, ответа на этот вопрос Паре не дал. Но зато при описании сражения при Дре он упомянул количество спасенных им раненых: «Когда я был в Дре, я перевязал и вылечил много раненых, дворян и бедных солдат, среди прочих много швейцарских капитанов. Перевязал четырнадцать человек ..., все они были ранены пулями или другими огнестрельными дьявольскими орудиями, и из этих четырнадцати ни один не умер» [15, МССXXXIX].

В известном смысле «Походы» можно считать косвенным обвинением «маленьких мэтров» в клевете, ибо Ле Помье, как и Гурмелен, не принимая участия в описанных Паре делах, пользовался информацией «из третьих рук» и вполне мог солгать. Обращаясь к Гурмелену, Паре косвенно адресовал свои записки и Ле Помье, считавшему огнестрельную рану разновидностью ожога и обвинявшему Паре в том, что так мало раненых выжило.

«Если бы вы были здесь», – этот лейтмотив типичен для побывавшего на войне человека в обращении к тем, кто не был под огнем. Вспомним «Севастопольские письма» Н.И. Пирогова, описавшего героизм русских сестер Крестовоздвиженской общины, работавших, в отличие от английских nurses в Скутари, под пулями и бомбами в Крыму. Вот почему, на наш взгляд, Паре предпочел нарратив войны нарративу медицины. И это – не единственные автобиографические пассажи в его трудах. Он любил «вплавлять» себя в хирургию и при описании тех или иных операций всегда ссылался на собственный опыт. Он, как никто, понимал значение «случаев» для становления профессионала при почти полном равнодушии к собственно военной стороне дела. Но «Походы» – принципиально иной жанр, где сам факт участия в войнах становится «полезным для обучения хирурга».

Паре беспощадно подчеркивал тяжесть и опасность воинской жизни: «Один Бог знает, как мы остались в живых. ..., трижды я чуть не умер с голоду» (Германия, 1552); «Солдаты смеялись надо мной, что я боюсь ядра, которое уже пролетело» (Булонь, 1545) [15, МССXIX]. Война вынуждала осваивать новые виды деятельности, и это могло стать вопросом выживания: «Я служил у него врачом, аптекарем, хирургом и поваром» (Германия, 1552) [15, Ibid]. И совсем не только о лечении огнестрельных ран и о применении лигатур рассказывал хирург: он подробно описал, например, ранение Франсуа де Гиза в голову оскол-

ком копья (Булонь, 1545); казнь королевского лакея, проговорившегося о начале штурма; мучительную смерть коннетабля с травмой позвоночника, опасность возникновения эпидемий, нехватку еды и лекарств для раненых – все это будет сопровождать того, кто желает быть хирургом на войне.

Но есть и вторая сторона вопроса, о которой Паре не забывал упоминать, в особенности в зрелые годы. Это – высокий престиж и безупречная репутация, приобретенная им во всех социальных кругах, кроме, пожалуй, одного – медицинского. Еще в первом «Походе» «итальянский хирург восхитился мной и сказал маршалу: “Сеньор, у тебя хирург – молодой возрастом, но зрелый опытом, береги его, он тебе сделает службу и честь (il te fera service et l’honneur)”» (Турин, 1536) [15, МССVII]. Паре хорошо помнил и скрупулезно перечислял все добрые слова, сказанные в его адрес: «Генрих Наваррский пригласил меня (это была просьба, а не приказ) отправиться с ним в эту экспедицию. Но я извинился, сказав, что моя жена тяжело больна; он ответил, что в Париже есть много хороших врачей, которые смогут вылечить ее... и так горячо просил, что я не осмелился возражать... не забуду написать, что когда Шато-ле-Конт был взят, герцог Вандомский написал письмо королю, где среди прочего сказал, что я прекрасно выполнил свой долг и лечил раненых; показал ему 18 пуль, извлеченных из тел... и король сказал, что хочет взять меня на службу» (Шато-ле-Конт, без даты).

Отвечая оппонентам, Паре постоянно доказывал свой статус, подчеркивая уважение, которое к нему питали все участники этих войн – от простых солдат до короля. Для цирюльника Паре это было очень значимо не только в личном плане, но и как повышение престижа хирургии в целом, заниматься которой средневековые врачи с университетскими дипломами считали делом зазорным и недостойным их высокого социального положения.

Заключительный абзац «Походов» начинается словами: «Я все это написал для того, чтобы каждый знал, каким путем я шел. Не думаю, чтобы был человек настолько обидчивый, чтобы не принял хорошо то, что я рассказал, ибо моя речь правдива... и разум защитит меня от всех клевет» [15, МССXLV].

Но Паре решал более масштабную задачу, нежели только самозащита. На своем примере он показал, что значит быть военным, полевым хирургом, и создал первое произведение такого рода: мемуары, написанные с дидактической целью. Впоследствии в этом жанре будут написаны сотни, если не тысячи книг³⁴, и многие будущие хирурги будут примерять на себя судьбы своих великих предшественников, первым из которых был парижский цирюльник Амбруаз Паре.

³⁴ Из этого бесконечного ряда особо выделим мемуары преемника А. Паре, Ж.-Д. Ларрея, хирурга лейб-гвардии Наполеона Бонапарта и одного из основоположников военно-полевой хирургии: на первых страницах своей книги он рассказал, какое впечатление произвело на него посещение дома Амбруаза Паре в Париже. См. Recueil de Mémoires de Chirurgie par le baron J.D. Larrey. Paris, 1821.

Заключение

Огнестрельное оружие и методы лечения огнестрельных ран появились до рождения Паре, но их широкое внедрение в практику войны произошло на его глазах и при его непосредственном участии. Действуя чисто эмпирически, Паре, не имевший высшего медицинского образования, тем не менее, обладал качествами, сделавшими его великим, – способностью к самообразованию, наблюдательностью и чисто декартовским мышлением, решительностью в смене лечебных парадигм, смелостью в проверке своих догадок на собственном опыте, высокой порядочностью в профессии и в науке.

Несмотря на то, что открытие Паре произошло в полном смысле этого слова случайно, оно дало начало новому подходу к лечению ран под повязкой, дожившему до нашего времени, но не исключаящему, впрочем, хирургических методов: первичной (до лечения повязками) и вторичной (после очищения) обработки раны ножом с последующим применением первично отсроченных или вторичных швов.

Но и конкурировавший с «французским» методом Паре «итальянский» метод Да Виги тоже не канул в Лету. Это может показаться удивительным, но некоторые немецкие врачи во время Второй мировой войны использовали прижигание огнестрельных ран вместо их хирургической обработки [22]. Хирурги всех специальностей до сих пор применяют диатермию – локальное прижигание кровотока сосудов, а общие хирурги – обработку ран расфокусированным лучом высокоэнергетического лазера с коагуляцией ее поверхности и последующим лечением под повязкой по принципу Паре.

Но не забыта и лигатура Паре, которую применяют для остановки кровотечения из крупных артерий и вен как изолированно, так и en masse, а многие из современных кровоостанавливающих зажимов очень напоминают его знаменитый «клюв ворона».

Таким образом, история, лишняя раз доказав свое «преимущество» перед настоящим, которого уже нет, и будущим, которого еще нет, в очередной раз расставила все по своим местам.

Литература

1. Мирский М.Б. Хирургия от древности до современности. М., 2002.
2. Ellis H. A History of Surgery. – London, 2001.
3. Назаренко Г.И., Сугурова И.Ю., Глянцев С.П. Рана. Повязка. Больной. М.: Медицина, 2002.
4. Итальянские войны // https://ru.wikipedia.org/wiki/Итальянские_войны
5. Всемирная история. Т. 3. Мир в Раннее Новое время. М., Наука, 2013
6. Порох // <https://ru.wikipedia.org/wiki/Порох>
7. История огнестрельного оружия // <http://zealot.h1.ru/history/guns.html>
8. Аркебуза // <https://ru.wikipedia.org/wiki/Аркебуза>
9. Битва при Павии // https://ru.wikipedia.org/wiki/Битва_при_Павии
10. Мушкет // <https://ru.wikipedia.org/wiki/Мушкет>

11. Mounier-Kuhn A. Chirurgie de guerre: le cas de Moyen Age. Paris, 2006.

12. Porter R. The Greatest Benefit to Mankind. NY – London, 1998.

13. *Da Vigo Ioannis Genvensis. Practica copiosa in arte chirurgica.* Olim Julii II pont. max. chirurgici clarissimi: cum indice rerum & verborum memorabilium copiosissimo. Lugduni, apud haeredes Jacobi Juntae MDLXI; выходила на латинском языке (Павия, 1514; Лион, 1516; 1518; 1519; 1528; 1532; 1534; 1538; 1561), на немецком (Grosse Wundarzney, Нюрнберг, 1677), на французском (Париж, 1530, 1542 Лион, 1515; 1537) на итальянском (Венеция, 1540; 1576; 1582; 1560; 1568; 1598; 1610; 1639) и испанском (1627); по-видимому, сам А. Паре использовал лионское издание 1515 года на французском языке; для данной статьи авторы использовали: *La practice et chirurgie... composez par maistre Nicolas Godin... Paris, 1542.*

14. *Vigo, Giovanni de.* La practice de chirurgie... composez par maistre Nicolas Godin. Paris, 1542.

15. *Paré A.* Les Oeuvres d’Ambroise Paré... divisées en vingt huit livres avec les figures et portraits, tant de l’anatomie que des instruments de chirurgie, et de plusieurs monstres, reveuës et augmentées par l’auteur. Quatriesme Edition. Paris, 1585.

16. *Кальвин Ж.* Наставление в христианской вере. Т. 1 – М., Изд-во РГГУ, 1998

17. *Глянцев С.П.* Гений и нравственность в жизни Н.И. Пирогова. Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. 2010; 5(3): 69-75.

18. *Рабле Фр.* Гаргантюа и Пантагрюэль. Пер. Н.Любимова. – М., 1973

19. *Gourmelin E.* Réponse à l’Apologie, qui est contre lui, dans les œuvres d’Ambroise Paré. По изд.: Paris : Chez Gaspar Meturas, 1647.

20. *Dumaître P.* Autour d’Ambroise Paré: ses adversaires, ses ennemis // Ambroise Paré: une vive memoire. Études réunies par Evelyne Berriot-Salvadore. -Paris, 2012. P. 45-56.

21. *Le Paulmier, Julien.* Traicté de la nature et curation des playes de Pistolle, Harquebouse, et autres bastons à feu. Ensemble, les remedes des combustions et bruslures externes et superficielles : Par J. Le P. Docteur en Medecine. – Paris, Guillaume de Nyverd, avec privilège, 1569.

22. *Киллиан Х.* В тени побед. Немецкий хирург на Восточном фронте. 1941–1943. М.: Центрполиграф, 2005.

УЧЕНИЕ О ПУЛЬСЕ В СРЕДНИЕ ВЕКА: ВЗГЛЯД ИЗ НАСТОЯЩЕГО В ПРОШЛОЕ³⁵

*Глянцев С.П., Магомедова С.М.
Научный центр сердечно-сосудистой хирургии
имени А. Н. Бакулева (Москва, Россия)*

Известно, что учение о пульсе (диагностика болезней по пульсу) родилось в Древнем Китае в VI–V вв. до н. э. За его пределами оно распространилось сравнительно поздно. Например, в древнеиндийских трактатах I–IV вв. о пульсе не упоминается вовсе. В Средние века метод пульсовой диагностики проник в Среднюю Азию, а учение о пульсе крупнейшего врача арабского мира Абу Али Ибн-Сины, или Авиценны (980–1037) во многом схоже с положениями традиционной китайской медицины [1].

Целью нашего исследования стал анализ учения о пульсе и диагностике заболеваний, а также различных состояний организма по его характеристикам в описании Авиценны (а, значит, отчасти, и китайских авторов) с точки зрения современной кардиологии. Источниковой базой исследования стал «Канон врачебной науки» Авиценны [2] и два современных учебника по пропедевтике внутренних болезней [3, 4]. Методическим подходом был избран историко-медицинский анализ «Канона» и сравнение некоторых его положений с представлениями современной кардиологии. В результате исследования были получены следующие данные.

Авиценна учил прощупывать пульс, когда человек спокоен психически и физически, не сыт и не голоден, не испытывает никаких внешних воздействий и ведет обычный образ жизни. Основной областью изучения пульса Авиценна считал предплечье, так как, во-первых, его не стесняются показывать как мужчины, так и женщины, а во-вторых, оно находится «напротив сердца неподалеку от него». По-видимому, речь идет о лучевой артерии, где изучают пульс и сегодня.

Понятно, что, как и в прошлом, пульс изучают не на венах, на артериях. Но причины колебания их стенки Авиценна и современные авторы рассматривают различно. В средние века, как и в древности, считали, что артерии содержат воздух (пневму), а пульс есть не что иное, как «движение сосудов, <...> чтобы «охладить» пневму дуновением воздуха»³⁶. Современные кардиологи понимают под пульсом (от лат. *pulsus* – удар) толчкообразные колебания стенок артерий, связанные с сердечными циклами.

³⁵ См. также: Глянцев С.П., Магомедова С.Н. Учение о пульсе Авиценны: взгляд из настоящего // *Анналы аритмологии*. 2012; 4: 45-50.

³⁶ Здесь и далее все цитаты взяты из главы 1 Канона «О пульсе» (С. 240-262).

Любопытно, что под «ударом пульса» Авиценна понимал не расширение (наполнение) артерии, как мы понимаем его сейчас, а ее сжатие. Считалось, что пневму привлекает именно сжатие артерии.

«... У каждой пульсации [Авиценна различал] 4 части: ... 1) движение расширения, 2) период покоя между расширением и сжатием, 3) движения сжатия и 4) период покоя между сжатием и расширением». Не случайно пульс в те времена прощупывали не двумя, а четырьмя пальцами, пытаясь каждым пальцем уловить одну из четырех частей пульса. При этом, если «величины отношений» этих четырех промежутков времени движения и покоя были равны, то говорили о ровном пульсе с «хорошим ритмом, схожем с музыкой». Если нет, то такой неровный пульс имел «дурной ритм».

Авиценна различал 9 разновидностей (категорий) ровного, ритмичного пульса: 1) по величине расширения, 2) по качеству удара (сжатия), 3) по времени движения, 4) по состоянию (стенки артерии), 5) по степени пустоты и наполнения (артерии), 6) по теплоте и холодности (прощупываемого места), 7) по времени покоя, 8) по ровности и неровности, 9) по наличию какого-либо порядка (или беспорядка) в неровности («размер» пульса).

Под ВЕЛИЧИНОЙ пульса понимали его длину, ширину и высоту, дававшие в совокупности 9 простых видов пульса: 1-3) долгий (длинный), уравновешенный (нормальной длины) и короткий; 4-6) широкий, уравновешенный (нормальной ширины) и узкий; 7-9) высокий, уравновешенный (нормальной высоты) и низкий. Сегодня аналогии этим характеристикам дать трудно.

Сочетания простых видов величины пульса составляли его сложные разновидности. Так, пульс, превосходящий обычный пульс по длине, ширине и глубине, называли большим, а уступающий обычному в этих отношениях – малым. Пульс между ними считали уравновешенным. Соответственно сегодня к большому (*pulsus magnus*) и малому (*pulsus parvus*) добавился трудно сосчитываемый, или нитевидный пульс (*pulsus filiformis*), а величиной пульса оценивают степень напряжения стенки артерии и наполнения ее кровью. Широкий и высокий пульс Авиценна называл толстым, узкий и низкий – тонким. Обычный (уравновешенный) находился между.

По КАЧЕСТВУ УДАРА различали пульс сильный, ударяющий в пальцы при прощупывании и небольшом прижатии артерии; противоположный ему, или слабый, и обычный, уравновешенный (между ними).

По ВРЕМЕНИ ДВИЖЕНИЯ различали скорый, медленный и уравновешенный пульс. Все эти виды пульса: скорый (*pulsus celer*), медленный (*pulsus tardus*) и дикротический, двоянный (*pulsus dycroticus*), наблюдаемый при снижении тонуса периферических артерий и сохранении сократительной функции миокарда, дошли до нашего времени.

СОСТОЯНИЕ СТЕНКИ АРТЕРИИ, по мнению Авиценны, характеризовали мягкий, легко исчезающий при надавливании, твердый и уравнове-

шенный виды пульса. В наши дни этим характеристикам соответствует напряжение пульса, сочетающее в себе качество пульсового удара и состояние стенки артерии: напряженный, или твердый (*pulsus durus*) и ненапряженный, мягкий (*pulsus mollis*) виды пульса.

Пульс ПО СТЕПЕНИ НАПОЛНЕНИЯ артерии может быть: «полным, то есть таким, когда в полости [артерии] нащупывается значительное количество наполняющей ее жидкости³⁷, а не чистая пустота, пустым, противоположный этому, и затем уравновешенным», – учил Авиценна. Сегодня кардиологи определяют наполнение пульса в зависимости от изменения диаметра артерии при прохождении пульсовой волны: пульс полный (*pulsus plenus*) и пустой (*pulsus vacuus*). Эта характеристика, взятая в совокупности с напряжением пульса, означает его величину.

ПО ОЩУЩЕНИЮ различали пульс «горячий, холодный и уравновешенный, [стоящий] между ними». В современной кардиологии аналогов этим видам пульса нет.

Интересны разновидности пульса по ДЛИТЕЛЬНОСТИ ПЕРИОДА ПОКОЯ: «частый, то есть [пульс] с короткими ощущаемыми [перерывами] между двумя ударами, его называют также наступающим и уплотненным, и редкий, противоположный ему, или отстающий и вялый и, между ними, обычный, уравновешенный».

Методика выявления периодичности пульса у Авиценны была довольно изощренным: «Этот период [определяется] в зависимости от того, как ощущается сжатие [артерии]; если сжатие не ощущается вовсе, то периодом [покою считается] промежуток времени между каждыми двумя расширениями; если же сжатие уловимо, то [период покоя определяется] по времени конца обоих [состояний]».

Современная кардиология различает пульс редкий (менее 60 в минуту, *pulsus rarus*, или *bradis*) и частый (более 90 ударов в минуту, *pulsus frequens*, или *tachis*). В России первое состояние называют бради-, а второе – тахикардией. На Украине говорят о бради- и тахисфигмии.

ПО РОВНОСТИ И НЕРОВНОСТИ биения «пульс бывает либо ровный, либо неровный. <...> Пульс ровный – это пульс ровный во всех [упомянутых выше] отношениях; если же он ровен в одном из них, то называется ровным только лишь в этом отношении...: «ровный в силе», «ровный в скорости». То же самое неровный пульс, который «бывает неровный вообще или в том, в отношении чего он является неровным».

В нашем понимании ровный пульс есть римичный (*pulsus regularis*), а неровный – аритмичный (*pulsus irregularis*). Такой пульс Авиценна разделял на пульс неровный упорядоченный и неровный неупорядоченный (беспорядочный).

³⁷ Согласно этой характеристике, в артерии должна находиться кровь, а не воздух. В таком случае это утверждение либо ошибка перевода, либо Авиценна знал, что в артериях находится кровь (см. ниже).

Неровность пульса во многих частях одного удара проявлялась либо в расположении частей артерии, либо в движении ее частей. «Неровность в расположении частей сосуда есть неровность отношения частей сосуда к направлению; поскольку направлений имеется 6, то столько же бывает неровностей³⁸. Неровность в движении [пульса] проявляется либо в скорости и медленности, либо в отставании или опережении, то есть, когда часть [сосуда] движется раньше времени или позднее, [чем следует], либо в силе и слабости, либо в большой или малой величине, причем все это протекает либо в ровном порядке, либо в неровном порядке, увеличиваясь и уменьшаясь, и имеет место либо в двух частях, либо в трех, либо в четырех».

Что касается «неровности пульса в одной части [одного удара], то сюда относится [пульс] прерывистый, пульс возвращающийся и пульс непрерывный. Прерывистый – это пульс, который прерывается в одной части удара истинным перебоем, причем концы части удара, отделенной перебоем, расходятся в отношении скорости, медленности и взаимного сходства. Возвращающийся – это такой, когда большой пульс становится малым в одной части, потом понемногу возвращается [к первоначальному достоинству]. Такого же рода и пульс слитный, когда один удар из-за неровности подобен двум ударам или два удара подобны одному удару, так как они сливаются. Непрерывный пульс – это такой, когда неровность [нарастает] непрерывно и не чувствуется границы при переходе от быстроты к медленности, и наоборот, или к уравновешенности, или [к неровности] от уравновешенности в этих двух отношениях, либо [переход] от большого или малого достоинства, или от уравновешенности к какому-либо иному качеству, к которому переход [возможен].

Упорядоченный – это такой [пульс], неровность которого сохраняет известный порядок и [повторяется] циклически. [Неровный упорядоченный пульс] бывает двояким: это либо [неровный пульс], упорядоченный вообще, когда [постоянно] повторяется лишь одна какая-либо неровность, либо упорядоченный циклический, когда бывает два цикла неровностей или больше. Так, например, при этом может быть один цикл и другой, отличный от него, но только они [всегда] возвращаются вместе, друг за другом, как один цикл, а [неровный] неупорядоченный [пульс] – нечто противоположное этому. Если тщательно исследовать, то окажется, что эта девятая разновидность [в действительности есть] как бы вид восьмой разновидности и подходит под [категорию] неровного [пульса]».

Современного врача не может не поразить способность его средневекового коллеги различать неровности пульса в одной, двух, трех или даже четырех частях одного удара. Иначе говоря, Авиценна и его современники могли ощутить изменения пульса по времени, силе или величине в каждой (!) из четырех частей пульсовой волны.

³⁸ Возможно, речь идет о направлениях «вверх – вниз», «вправо – влево», «вперед – назад».

Именно неровный пульс более других напоминает современный аритмичный и его многочисленные разновидности, однако установить, что понимали древние под тем или иным определением, не так-то просто. Так, «пульс с переборами это [такой] неровный пульс, когда а) ожидаешь движения, но имеет место неподвижность, [или же] ... б) ожидаешь неподвижности, а имеет место движение». По всей видимости, перед нами не что иное, как желудочковая и предсердная экстрасистолии. К желудочковой экстрасистолии, возможно, следует отнести и прерывистый пульс.

Пульс неровный в движении напоминает альтернирующий, или перебегающий пульс, наблюдаемый при поражении миокарда, для которого характерно сочетание больших и малых пульсовых волн. Возвращающийся пульс может означать парадоксальный или пульс при дыхательной аритмии, слитный – бигемению или уже упоминавшийся дикротический пульс, а прерывистый похож на мерцательную аритмию.

Любопытно, что под ритмом пульса средневековые врачи понимали не то, что нынешние. Ритмичным в их понимании считался пульс, описанный первыми семью из описанных выше девяти категорий, отвечавший законам (гармонии, ритма, темпа, тембра) музыки и соответствовавший возрасту обладавшего им человека так же, как нашему возрасту соответствует тембр нашего голоса. При этом приоритет сравнения пульса с музыкой Авиценна отдавал Галену.

Ритм, соответствовавший возрасту, считался хорошим, а не соответствовавший возрасту – дурным. Разновидностей пульса с дурным ритмом Авиценна различал 3: «... пульс изменяющегося и переходящего ритма есть пульс, ритм которого является ритмом, присущим возрасту, смежному с возрастом обладателя [исследуемого пульса]; так, у детей бывает ритм пульса юношей. Вторая разновидность – это пульс отдаленного [по возрасту] ритма, например, когда у детей [находим] ритм пульса стариков; и третья – пульс выходящий из ритма, то есть пульс, не похожий по своему ритму на пульс какого бы то ни было возраста. Выход пульса из ритма часто указывает на значительное расстройство состояния [здоровья]». Эти концепции в настоящее время имеют лишь историческое значение.

Особенные разновидности пульса:

«Пульс «газели» есть такой, который бьется неровно в одной части удара, когда [эта часть] медленная, потом прерывается и [затем] спешит». Возможно, что это – пароксизмальная тахикардия.

«Волнообразный [пульс] – неровный в отношении большой и малой величины частей сосудов или по их подъему и ширине и по опережению и отставанию в начале движения пульса при наличии в нем мягкости. Он не очень мал, имеет некоторую ширину и напоминает волны, следующие одна за другой подряд, различаясь по степени подъема и падения, быстроты и

медленности». Этот пульс напоминает описанный выше неровный в движении и, как мы уже сказали, похож на альтернирующий.

«Червеобразный пульс похож на [волнообразный], но только очень мал и весьма част».

«Муравьиный пульс очень мал и еще более част. Неровность червеобразного и муравьиного пульса в отношении подъема, опережения и отставания проявляется на ощупь яснее, чем неровность в отношении ширины; последняя может даже совсем не проявляться». Возможно, что червеобразный и муравьиный пульс сегодня мы называем нитевидным.

«Пилообразный пульс. Он похож на волнообразный по неровности частей в отношении подъема и ширины и в отношении опережения и отставания, но только он твердый, и при наличии твердости части его не равны по твердости. Пилообразный [пульс] быстрый, частый и твердый, части его различны по величине расширения, твердости и мягкости». Современную аналогию этому пульсу и двум следующим отыскать трудно.

«Мышиный хвост. Это пульс, неровность которого постепенно изменяется, начиная от уменьшения к увеличению или от увеличения к уменьшению. «Мышиный хвост» иногда наблюдается во многих ударах, и иногда прощупывается в нескольких частях одного удара или в одной. Наиболее свойственная [для него] неровность та, что связана с величиной, а иногда она относится к быстроте и медленности, слабости и силе».

«Веретенообразный пульс. Это пульс, который отправляется от уменьшения к некому пределу увеличения, затем непрерывно отступает назад, пока не достигнет первоначального предела уменьшения. Получаются два «мышинных хвоста», сходящиеся у наибольших концов».

«Двухударный пульс. Врачи расходятся во мнениях относительно этой [разновидности]: некоторые из них считают [два удара] за одно биение пульса, неровное в отношении опережения и отставания, а другие говорят, что это два удара, следующие друг за другом без перерыва. Но, в общем, время между ними не таково, чтобы вместить сжатие [артерии] и затем расширение». Прочтя такое, в первую очередь думаешь о бигемении.

О «пульсе с перебоем» и «пульсе, приходящемся на середину [пульсации]» уже упоминалось. Различие между «пульсом, приходящимся на середину», и пульсом «газели» в том, что при пульсе «газели» второй удар поспекает раньше, чем кончится первый, а при «приходящемся на середину» [второй] удар возникает во время паузы, по окончании первого. Все эти рассуждения говорят об утраченной ныне изощренности методики пульсовой диагностики, которой в совершенстве владели древние.

«Пульс судорожный, дрожащий, вибрирующий, который похож на свиваемую и скручиваемую нитку. Он входит в разряд неровностей в отношении опережения и отставания, положения и ширины».

«Пульс, напряженный, как струна, – разновидность вибрирующего пульса. Случаи напряженного, вибрирующего и «клонящегося в одну сторону» пульса чаще всего бывают при «сухих» болезнях».

Таким образом, даже простое перечисление позволяет насчитать около 60 видов пульса, которые различали средневековые врачи. Из них до нашего времени дошло порядка 20 видов. Понятия о некоторых утрачены. Возможно, навсегда.

Причины, обуславливающие характер пульса, Авиценна называл удерживающими. Таких причин, по его мнению, было три:

1. «Животная сила, движущая пульс, который находится в сердце»;
2. «Орудие, то есть бьющийся сосуд»;
3. «Необходимость уменьшать теплоту».

В понимании Авиценны основная движущая причина пульса находилась в сердце и передавалась на артерии для охлаждения находящейся в них пневмы. С современной точки зрения обусловленность пульса сокращениями сердца следует считать верным, как и влияние стенки (просвета) артерии на скорость пульсовой волны. Заметим, что возникшее в начале XX в. учение о периферическом сердце (М.В. Яновский) в основе своей повторяло представления древних о самостоятельном колебании стенки артерий.

Что касается «теплоты», то если под ней понимать температуру тела, влияющую на частоту пульса, то и третья причина разновидности пульса вполне резонна. Только причина при этом смешивалась со следствием: Авиценна считал, что пульс учащается для того, чтобы уменьшить температуру тела, а мы считаем, что лихорадка вызывает тахикардию.

Различные сочетания этих трех причин, а также некоторых внешних, «необязательных», приводила к тем или иным разновидностям пульса.

Большой пульс в представлении Авиценны соответствовал большой «животной силе» (*здоровый миокард?* – С.Г.), мягким стенкам сосудов и «надобности в охлаждении» (*при лихорадке* – С.Г.). Малый пульс говорил о слабости «животной силы» (*сердца?* – С.Г.). Если же стенка сосуда при этом была тверда, а «надобность в охлаждении незначительна», то пульс делался еще меньше. Иным образом, говоря современным языком, малый пульс наблюдался как при атеросклерозе, так и при сердечной слабости.

А вот как Авиценна объяснял причину тахикардии: «Если надобность в охлаждении велика, жизненная сила значительна, но твердость сосудистой стенки не дает пульсу стать большим, то он обязательно должен сделаться быстрым, чтобы наверстать быстротой то, что он упустил, не стал большим. Если же сила слаба, то не удастся ни увеличить пульс, ни создать в нем быстроту, и он неминуемо должен стать частым, чтобы частотой наверстать то, что он упустил, не став большим и быстрым. Многочисленные

частые удары заменяют один большой полновесный удар или два быстрых удара...»

Быстрым и частым пульс, по мнению Авиценны, делается и тогда, когда при нормальной величине находящейся в сердце силы и достаточно мягких сосудах возрастает необходимость в большем охлаждении пневмы (например, при лихорадке). Редким же пульс становится тогда, когда необходимость в охлаждении пневмы отпадает, например, при сильном охлаждении, «крайнем упадке силы» или «приближении смерти». Блестящее наблюдение!

Среди причин, ведущих к слабости пульса, Авиценна называл «заботу, бессонницу, истощение, ... чрезмерную физическую работу...». Твердым пульс становится «при кризисах вследствие сильной борьбы тела с болезнью и возникающего из-за этого напряжения органов, направленного на отражение болезни». Мягкий пульс бывает при «увлажняющих факторах, как, например, водянка, ... или купание в бане». Его следующее наблюдение замечательно: «К причинам неровности пульса относится переполнение сосудов кровью... особенно когда кровь вязкая и душит пневму, движущуюся в артериях... такое явление устраняется кровопусканием». Опустим феномен «удушения пневмы кровью» и обратим внимание на устранение неровности пульса кровопусканием. Ведь, с одной стороны, выходит, что факт исчезновения, например, пароксизмальной тахикардии при аортальном пороке кровопусканием был известен задолго до Авиценны. Но, с другой стороны, из этого наблюдения следует, что, по автору, в артериях могла находиться как пневма, так и кровь! Но если она там была, то как она туда попадала, если по представлениям анатомов того времени, артериальная и венозная системы друг с другом не сообщались? Не допускал ли Авиценна в таком случае (вслед за Галеном!) возможность попадания крови из правого сердца в левое [5]? Если так, то становятся понятными его следующие слова: «... особенно если подобное нагромождение (*то есть смешение крови и пневмы* – С.Г.) происходит поблизости от сердца».

Интересно замечание выдающегося средневекового врача о появлении перебоев (экстрасистолии) и даже трепетания пульса при переполнении желудка. Другая причина пульса с перебоями – «изнеможение силы» (*физическая и психическая усталость?* – С.Г.) и «какое-либо внезапное явление, к которому сразу обращаются естество и душа» (*физическое и психическое волнение и напряжение, вызывающее появление желудочковых экстрасистол?* – С.Г.).

Выше мы предположили, что червеобразный и муравьиный виды пульса сегодня интерпретируются как нитевидный. Подтверждение этому находим у Авиценны: «Причиной этих видов пульса является такая большая слабость силы (*если хотите – низкий сердечный выброс* – С.Г.), что в частях пульсации соединяются замедленность, частота и неровность...»

Интересны замечания Авиценны о пульсе при физической нагрузке. Поскольку при движении организм (и, соответственно, пневма) согревается, то пульс становится большим, сильным, быстрым и частым. Ведь «горячую пневму» нужно охлаждать. При длительной или большой нагрузке (переутомлении) пульс становится малым и слабым, оставаясь быстрым и частым, а при чрезмерной нагрузке и выраженной усталости превращается в червеобразный. Нагрузка, приводящая человека к смерти, делает пульс муравьиным (нитевидным). Перед нами не что иное, как своеобразный пульсовой стресс-тест «мрачного» средневековья.

Таким образом, анализ показал, что основные положения учения о пульсе Авиценны (а, соответственно, и древних китайцев) дошли до наших дней. В то же время некоторые понятия ушли в историю, а иные были гораздо изощреннее современных представлений, что объяснимо значением пульсовой диагностики в древности.

Авиценна изучал характеристики пульса в зависимости от находящейся в сердце «жизненной силы» (современный аналог – сердечный выброс), состояния сосудистой стенки (эластичная – плотная – твердая), уровня обмена веществ (температура человеческого тела), пола, возраста, темперамента, места проживания человека, количества и качества съеданной им пищи; а также изменения пульса, обусловленные сном и бодрствованием, болью, беременностью, наличием онкологических заболеваний, душевными переживаниями, приближающейся смертью. Он также описал особенности изменения пульса при возрастающей физической нагрузке, что можно считать концептуальной аналогией современных стресс-тестов. Таким образом, можно сделать вывод, что «кардиологическое» наследие гениального врача средних веков не утратило своей актуальности и должно учитываться при современном изучении проблемы нарушений ритма и проводимости сердца.

Литература

1. *Сорокина Т.С.* История медицины. 10-е изд. М.: ИЦ «Академия», 2014: 106-107.
2. *Авиценна.* Канон врачебной науки. В 5 т. Ташкент: Медицина, 1979.
3. *Мухин Н.А., Моисеев В.С. (ред.)* Пропедевтика внутренних болезней. М., 2002.
4. *Федоров Н.Е. и соавт. (ред.)* Пропедевтика внутренних болезней. Минск, 2007.
5. *Глянцев С.П.* Гален – пионер описания множественных дефектов межжелудочковой перегородки // Серд.-сос. заб. / Бюлл. НЦССХ РАМН. 2010; 11(1): 51-57.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И НЕЗДОРОВЬЕ ЛИЧНОСТИ В ТРУДАХ ГАЛЕНА: АСПЕКТЫ ПЕДАГОГИКИ И БИОЭТИКИ

Зорин К.В.

*Московский Государственный медико-стоматологический
Университет имени А.И. Евдокимова (Москва, Россия)*

Человеческая душа, ее происхождение, внутреннее содержание и устройство, нормальное и патологическое состояние, отношение к эмпирической реальности и трансцендентному миру традиционно является сферой философско-психологических размышлений древних авторов (Гиппократ, Платона, Аристотеля, Демокрита, Эпикура и других). Трактовка этих вопросов связана с общими представлениями об устройстве мира и месте человека в нем, принятыми в той или иной философской системе. Аналогия между телесным и душевным благополучием позволяла утверждать, что изучение философии и стремление к добродетели способны избавить от душевных мук или хотя бы облегчить их. Именно эти проблемы рассматриваются одновременно с позиций морали и психопатологии в сочинении Галена «Способ распознавания и лечения страстей любой, в том числе и своей собственной, души» [5]. Такой подход позволяет давать верные нравственные оценки самим по себе этически нейтральным психопатологическим явлениям.

Благодаря публикациям сотрудников кафедры истории медицины, истории Отечества и культурологии Первого МГМУ Д.А. Балалыкина, А.П. Щеглова и Н.П. Шок, Гален открывается нам как мыслитель-энциклопедист, великолепно владеющий философией, логикой и этикой [1, 2, 3, 4].

Это позволяет обратиться к такой важной теме его творчества, как представление о психопатологии и психическом здоровье личности. Вопрос до сих пор остается нераскрытым, хотя, безусловно, актуален для понимания эволюции теорий и практик современной психиатрии, психоневрологии, психотерапии и наркологии. В качестве методов нашего исследования мы использовали контекстуальный, компаративный и интерпретационный анализ. Это необходимо для того, чтобы изучать взгляды Галена сквозь призму современных воззрений, выявляя их онтологические связи, общие и отличительные черты.

Учение о психопатологии и психическом здоровье личности, взаимоотношении телесного и духовного, а также всем том, что современная медицина называет высшей нервной деятельностью Гален разрабатывает, опираясь на принцип телеологичности, представления Платона, стоического философа Хрисиппа из Сол, Аристотеля и его последователей [5, С. 342]. Размышляя о сущности психического здоровья, Гален опирается на высказывания Платона: «Что касается недугов души, то они проистекают из те-

лесных следующим образом. Нельзя не согласиться, что неразумие есть недуг души, но существуют два вида неразумия – сумасшествие и невежество. Значит, все, что сродни любому из двух названных состояний, заслуживает имени недуга, и тогда к самым тяжелым среди этих недугов души придется причислить нарушающие меру удовольствия и страдания. Когда человек упоен радостью или, напротив, терзается огорчением, он в своей неумной жажде несвоевременно получить одно и освободиться от другого не может ничего правильно видеть и слышать; его ум помрачен, и он в такое время менее всего способен рассуждать. Между тем, если у кого-нибудь, словно у особо плодоносного дерева, мозг рождает в избытке струящееся семя, такой человек по различным поводам испытывает много терзаний, но и много удовольствий, то вожделя, то насыщая вожделение; обуреваемый сильнейшими удовольствиями и неудовольствиями, он живет в состоянии безумия большую часть жизни. Итак, душа его больна и безумна по вине тела, однако все видят в нем не больного, но добровольно порочного человека... Никто не порочен по доброй воле, но лишь дурные свойства тела или неудавшееся воспитание делают порочного человека порочным, притом всегда к его же несчастью и против его воли... Тело зачастую оказывается повинным в пороках души. Так, когда острая и соленая флегма, а также горькие желчные соки, блуждая по телу, не находят себе выхода наружу, но скапливаются внутри и возмущают примесью своих паров движения души, они вызывают всевозможные душевные недуги разной силы и длительности... В зависимости от места, в которое они попадают, рождаются многообразные виды подавленности и уныния, дерзости и трусости, забывтья и тупоумия. Если же к такой предрасположенности прибавляются порочные государственные установления, а равно и дурные речи, наполняющие как частную, так и общественную жизнь, и если при этом не изучаются уже с юных лет те науки, чья целительная сила могла бы противостоять этому злу, то под воздействием этих двух причин, совершенно неподвластных нашей воле, и становятся порочными все те из нас, кто порочен. Ответственность за это лежит скорее на зачавших, нежели на зачатых, и скорее на воспитателях, нежели на воспитуемых. И все же каждый обязан напрягать свои силы, дабы с помощью воспитания, упражнений и занятий избежать порока и обрести то, что ему противоположно» [11, С. 493-494].

Платон, а вслед за ним и Гален, выделяют два основных недуга души: сумасшествие (*mania* – повышенная возбудимость) и невежество (*amathia* – тупое, апатичное невежество). Это формы «безумия» – состояния, когда разум не контролирует остальные части души (например, чувства и волю). Причина этого – нездоровая конституция, унаследованная от родителей или полученная в результате дурного воспитания. Психически больных людей нельзя обвинять в этом. Однако они должны прилагать все усилия, чтобы

«избегнуть порока». Как частный случай душевных расстройств, описывается умопомрачение (психопатия) [1, С. 195].

Являясь сторонником рациональной медицины, Гален объясняет причины психических недугов естественными обстоятельствами. Поскольку бессмертная душа находится в смертном теле, к ее недугам могут приводить физические заболевания, вызванные наследуемой дефектной конституцией, вредными привычками, плохим воспитанием или социальным окружением: «Характер души портится нездоровыми привычками в пище и питье, и в упражнениях, и в том, что мы видим и слышим, и во всех искусствах... Искусство гигиены должно быть развито во всех этих занятиях» [16, С. 19].

Неоспоримо, что тяжелый физический недуг отражается и на психическом здоровье. В этих случаях принято говорить о соматопсихических заболеваниях. Серьезные органические нарушения влекут за собой изменения психики, личностного статуса и социального поведения человека. Это могут быть расстройства когнитивных процессов (ослабление памяти, внимания, рассеянность мышления и др.); изменения эмоциональной сферы (тревога, депрессия, беспомощность, озлобленность, раздражительность и т. д.); утрата ценностных ориентаций, интереса к жизни и даже ее смысла.

Анализируя тексты Галена, мы видим наиболее типичные признаки психического неблагополучия. Так, в сфере психических процессов это: неадекватное восприятие самого себя, своего «я», снижение когнитивной активности, нелогичность и хаотичность (неорганизованность) мышления, некритичность и категоричность (стереотипность) мышления. Патология психических состояний проявляется, например, аффективной тупостью, беспричинной тревожностью и злостью, враждебностью [6, 7].

С точки зрения Галена, внутренняя гармония и гармония с окружающим миром не даны человеку от природы. Их невозможно достичь без активного творческого отношения к собственной жизни. Отсутствие мотивации к самопознанию, саморегулированию и саморазвитию создает основу для неправильного образа жизни, а следовательно, различных болезней как расплаты за невежество. Однако не все люди достаточно компетентны и образованы, чтобы осознавать связи между соматическими расстройствами, эмоциональным дискомфортом, собственным поведением и дисгармонией личности.

Гален вспоминает: «Когда я был молодым человеком, я думал, что изречение Пифии “Познай самого себя” являлось простой похвалой без всякого серьезного основания, так как оно не вело ни к каким значительным человеческим усилиям. В будущем я обнаружил, что это изречение справедливо хвалили, потому что только самый мудрый человек может знать с точностью себя самого. Всякий другой человек не может этого достигнуть, кроме как иметь более-менее отчетливое представление о себе по сравнению с другим человеком» [5, С. 342].

Гален называет критерии психического здоровья личности – внутренняя свобода от страстей и психическое равновесие. Основа зрелой личности – саморефлексия, трезвое самонаблюдение, тщательный самоконтроль, самоанализ внутренних проблем, мотивов и намерений. Зрелость личности предполагает дисциплину ума, поступков и эмоций, способность осознавать и контролировать свои действия, слова, переживания и мысли.

«Для нас главное, – убежден Гален, – чтобы люди, которых мы наставляем, избавились от болезней души, чтобы ни честолюбие, никакая иная подобная страсть не загрязнила и не опозорила их души. И чем быстрее наши друзья избавятся от пороков, тем ближе они станут нам. Обращаясь к тем, кто действительно хочет стать благородным человеком, я предложу главный путь, облагораживающий наши души. В первую очередь необходим наставник, который определяет каждое действие ученика и напоминает ему, чего именно надо избегать. Самому ученику подчас нелегко отличить скупость от бережливости. Также почти невозможно определить в себе алчную страсть или порок честолюбия. Это происходит по причине того, что в людях достоинство часто соседствует с пороком, ведь только в полностью подлых душах возникает полное бесстыдство» [5, С. 389].

Что же еще препятствует трезвому самоанализу, здоровой самокритике и умению спокойно принять чужую критику в свой адрес? Гален указывает, как минимум, две причины. Во-первых, наше себялюбие: «Мы видим ошибки других, но остаемся слепыми к тому, что нравится нам. Все люди знают эту правду. Кроме того, Платон приводит причину, почему так происходит. Он говорит, что любящий всегда ослеплен предметом своей любви. Поэтому если каждый из нас любит себя больше всего, то он слеп в отношении себя. Как тогда он сможет увидеть зло, сотворенное им? И как он будет знать, что он совершил нравственный проступок? Выявление наших собственных прегрешений далеко от наших ожиданий. Поскольку, если человек не может отделить себя от безграничной любви к себе, то, как любящий, он ослеплен тем предметом, который он любит» [5, С. 343-344]. Во-вторых, обнаружить уязвимые стороны своей психики и признаться в этом нелегко из-за особого психологического барьера: «Мы не должны думать, что в нас нет ничего позорного, только потому, что мы его в себе не видим... Те наши небольшие пороки, которые мы не замечаем из-за нашей слепоты, мы не пропустим в других, так как они кажутся нам значительными» [5, С. 360].

Отсюда – важность преодоления примитивных («низших», «грубых») психологических защит, маскирующих наши внутренние проблемы. У Галена речь идет о том, что в XX столетии Зигмунд Фрейд назвал проекцией. Это приписывание кому-либо нежеланных нам собственных чувств, мотивов и стремлений, в которых мы не хотим себе сознаться. Подмечено: каждый видит в другом, прежде всего, то, что развито в нем самом.

Скупой склонен отмечать в людях жадность, агрессивный – жестокость и т. п. При этом восприятие собственных пороков искажается. Реально недостаток присутствует в нас, но мы усматриваем его в других... Приписывая кому-нибудь личные отрицательные качества и намерения, мы не замечаем и фактически игнорируем их в себе. Если мы недостаточно объективно оцениваем себя, то, в частности, за счет выискивания своих недостатков у других. Конечно, описанный Галеном защитный механизм отчасти сохраняет целостность личности и психическое здоровье. Но цена этому – искаженная действительность, искаженный образ «я», искаженные представления о внешнем мире, уход от реальных проблем, препятствие личностному росту и т. п.

Позиция Галена близка точке зрения представителей гуманистической психологии, например, Абрахама Маслоу [9], Карла Роджерса [14] и логотерапии Виктора Франкла [15]. Если человек всегда пользуется одними и теми же защитными механизмами, его способность к адаптации снижается. В нестандартных ситуациях, когда защита не срабатывает, он становится ранимым, внутренне неприспособленным, уязвимым и слабым. Уровень тревожности возрастает вплоть до нервно-психического срыва. Все это делает примитивные защитные механизмы патологическими. Некоторые из них препятствуют благополучному разрешению внутриличностных конфликтов, лежат в основе агрессии, суицидальных попыток, а также развития психологической зависимости от алкоголя, наркотиков и лекарств. Психологическая защита, предназначенная для стабилизации личности, иногда приводит к противоположному результату – различным психосоматическим заболеваниям, деформациям характера, трудностям в адаптации к внешней среде и личностном развитии [8].

Здоровье души, защиту от тоски, тревоги и беспокойства Гален видит в соблюдении умеренности, самообладании, способности к трезвому мышлению и самоконтролю, без чего невозможна внутренняя свобода от страстей: «Как людям свойственно пытаться достигнуть вершины своих деяний, так и мы должны стремиться к вершине умеренности. Достигнув этого, мы не будем сравнивать себя с неупорядоченными и несдержанными людьми, потому что это не повод считать себя лучше, чем они. Прежде всего, необходимо стремиться превзойти тех, кто, как и мы, искренне желают достижения умеренности, поскольку такое соревнование благородно... Стоит напомнить, что говорит одна из пословиц: «Выберите жизнь, которая является для вас лучшей, и тогда она станет для вас приятной»... Ограничив себя, вы уже более не тоскуете по вещам, бывшим приятными для вас. Дорога к умеренности идет через упорядочивание самого себя. Именно умеренный человек имеет преимущество над тем, кто не обладает возможностью управлять собой. Он больше не тоскует по изысканной пище из-за

давной привычки к самообладанию, само имя которого говорит об управлении желаниями. Достигнуть его трудно, по крайней мере, вначале, но это достигнутое свойство благородно» [5, С. 358-359].

И еще цитата: «Выражение “должная мера всегда лучшее” правильно, ибо любое неумеренное действие отрицательно... Если вы действительно приняли решение стать хорошим и благородным человеком, то вы станете им при условии постоянного упражнения в ограничении своих страстей... Если вы желаете иметь достоинство вместо малодушия, мир в своей душе вместо услады тела, то стремитесь к умеренности через самообладание. Но если вы малодушны, и достоинство для вас ничего не значит, а услаждение похотей тела является главным, то отложите это сочинение в сторону. Оно написано для тех, кто хочет найти путь, чтобы приобрести благородное достоинство» [5, С. 344, 347, 359].

Соответственно, аномалии личности выявляются в ее дисгармонии – утрате внутреннего мира и покоя, потере равновесия с социальным окружением и нарушении социальной адаптации. Уравновешенность и адекватность реакций на внешние воздействия важны для разграничения нормы и патологии. Так, у неуравновешенного, неустойчивого человека наблюдается множество межличностных противоречий и внутриличностных конфликтов, а при психической стабильности поведение более взвешено и адекватно.

Степень выраженности психопатологических и духовных отклонений различна: «Те, кто собственными руками бьет своих слуг, не являются столь великими грешниками, как те, кто кусает и пинает камни, двери и ключи... Нанесение человеку неизлечимых телесных повреждений является действием безумного и неразумного дикого животного. Только у одного человека есть великий дар – разум, но если он отвергает его и потворствует гневу, то живет и действует как дикое животное, а не человек» [5, С. 353].

«Разве вы не считаете, что гнев – это болезнь души? Или вы думаете, что мудрецы были неправы, когда говорили о горе, гневе, жажде, страхе и всех страстях как о болезнях души?... Эти болезни – любовь к славе, жажда власти... А что сказать по поводу зависти? Худшее из зол я называю завистью, это то, когда некто огорчается успеху других. Всякое несчастье – болезнь, а зависть есть худшее несчастье, и поэтому мы называем ее страстью» [5, С. 354, 360].

Вот почему к патологическим свойствам личности Гален относит неуважение к людям, пассивную жизненную позицию, неадекватность самооценки, ослабленный (вплоть до полной утраты) самоконтроль, слабость воли, зависимость от вредных привычек (пристрастий). Отсюда – неадекватное восприятие окружающего мира, дезадаптивное поведение, конфликтность, враждебность, агрессивность, эгоцентризм (в том числе злость, жесткость

и бессердечность), вещизм, стремление к материальному богатству, власти или славе в качестве самоцели и прочие страсти.

Обратим внимание, как Гален характеризует, к примеру, своих родителей: «Я наслаждался выпавшей мне удачей иметь самого лучшего, самого понимающего, негневливого, справедливого и человеколюбивого из отцов. Моя мать, напротив, была настолько склонна к гневу, что порой кусала своих служанок. Она постоянно кричала и корила моего отца, более чем даже Ксантиппа нападала на Сократа. Я любил благородные дела моего отца, и, когда сравнивал его поступки со страстями моей матери, то мне хотелось бежать от ее позорных наклонностей. Мне было видно особое отличие между родителями: например, мой отец никогда не огорчался при любом несчастье, в то время как мать всегда раздражалась по пустякам... Отец предложил мне не спешить стать приверженцем какого-либо одного учения. Он полагал необходимость исследовать, изучить и определить мое собственное мнение обо всех этих учениях в течение длительного промежутка времени. Он также утверждал, что я должен в своей жизни сражаться за те способы постижения истины, которые были одобрены и согласованы всеми философами. Он считал, что обучение сделает меня справедливым, умеренным, имеющим силу духа и благоразумия... Мой отец приучил меня смотреть с презрением на славу и почести и уважать только правду. Но я вижу, что многие люди горюют, когда они думают, что их кто-то опозорил, или что они потерпели убытки... К тем, кто порицает меня, я прислушиваюсь, но, напротив, опасаясь хвлящих меня, так как жажда всеобщей похвалы похожа на желание обладать всеми вещами» [5, С. 362-364].

Возможно, из любви и почтения Гален несколько идеализировал своего отца. Но даже если это так, все равно видно, что ученый ценит в людях уравновешенность, самоконтроль, адекватную самооценку, адекватный уровень притязаний, порядочность, совесть, чувство долга, умение освобождаться от обид, трудолюбие, доброжелательность, энергичность, активность, целеустремленность. Можно заметить смысловую близость галеновских критериев психического и духовного здоровья. И в том, и в другом случаях приводятся, по сути, характеристики полноценной, здоровой личности: прежде всего, способность к саморегуляции, саморефлексии, саморазвитию и адаптивности в социуме.

Взгляды Галена вполне сочетаются с выводами современных зарубежных психологов. Так, Гордон Оллпорт напрямую связывал здоровье личности с ее зрелостью – устойчивым единством черт и ценностных ориентаций, способностью правильно воспринимать людей и себя [10]. Эту же концепцию разделяют и отечественные специалисты [12, 13].

Таким образом, Гален называет критерии психического здоровья личности:

1. Внутренняя свобода от страстей;
2. Психическое равновесие.

Поддерживать психическое здоровье личности на должном уровне можно с помощью умеренности, самообладания, способности к трезвому мышлению и самоконтролю. Очевидно, что воззрения Галена на психическое здоровье и нездоровье личности не потеряли актуальности в наше время. В той или иной степени они востребованы современной наукой, прежде всего гуманистической психологией и логотерапией [6, 7].

Литература

1. Балалыкин Д.А., Щеглов А.П., Шок Н.П. Гален: врач и философ: монография. – М.: Весть, 2014. – 416 с.
2. Балалыкин Д.А., Шок Н.П. Взаимодополняющее развитие натурфилософии и медицины в Древней Греции // Главный врач: хозяйство и право. – 2013. – № 2. – С. 47-52.
3. Балалыкин Д.А., Шок Н.П. Медицина периода эллинизма, историческое значение работ К. Галена // Главный врач: хозяйство и право. – 2013. – № 3. – С. 48-52.
4. Балалыкин Д.А., Шок Н.П. История медицины как предмет научного исследования // Человеческий капитал. – 2013. – № 4 (52). – С. 130-135.
5. Гален. Способ распознавания и лечения страстей любой, в том числе и своей собственной, души / Пер. с древнегреч. А.П. Щеглова // Балалыкин Д.А., Щеглов А.П., Шок Н.П. Гален: врач и философ: монография. – М.: Весть, 2014. – С. 319-370.
6. Зорин К.В. Типология здоровья и болезни в трудах Галена // Главный врач: хозяйство и право. – 2014. – № 5. – С. 47-52.
7. Зорин К.В. Представления Галена о страстях как патологической основе болезней души // Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки. – 2014. – № 9. – С. 131-136.
8. Котенева А.В. Психологическая защита с позиций христианской антропологии. Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора психологических наук. – М., 2010. – 48 с.
9. Маслоу А. Новые рубежи человеческой природы / Пер. с англ. Г. Балл, А. Попогребско-го. – М: Смысл, 1999. – 496 с.
10. Оллпорт Г.В. Личность в психологии / Пер. с англ. И.Ю. Авидон. – М.-СПб.: КСП Плюс; Ювента, 1998. – 347 с.
11. Платон. Собрание сочинений в 4-х т. / Пер. с древнегреч. и общ. ред. А.Ф. Лосева, В.Ф. Асмуса, А.А. Тахо-Годи. – М.: Мысль, 1994. – Т. III.
12. Практическая психология образования: учеб. пособие / Под ред. И.В. Дубровиной. – М.: Сфера, 1998. – 526 с.
13. Психология здоровья: учебник для вузов / Под ред. Г.С. Никифорова. – СПб.: Питер, 2006. – 607 с.
14. Роджерс К.Р. Взгляд на психотерапию. Становление человека / Пер. с англ. М.М. Исениной, под ред. Е.И. Исениной. – М.: Издательская группа «Прогресс», «Универс», 1994. – 480 с.
15. Франкл В. Человек в поисках смысла / Пер. с англ. и нем. Д. Леонтьева, М. Пануша, Е. Эйсмана. – М.: Прогресс, 1990. – 368 с.
16. Galen. De sanitate tuenda / Ed. K. Koch // Corpus Medicorum Graecorum. – Leipzig et Berlin, 1908.

КНИГА ГАЛЕНА «О ВСКРЫТИИ ВЕН, ПРОТИВ ПОСЛЕДОВАТЕЛЕЙ ЭРАСИСТРАТА, ЖИВУЩИХ В РИМЕ»: ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Зорин К.В.,

Московский Государственный медико-стоматологический
Университет имени А.И. Евдокимова (Москва, Россия)

Жизнь и творчество великого древнегреческого врача Галена давно изучают историки науки. Однако фундаментальный труд ученого «О назначении частей человеческого тела» был впервые издан на русском языке лишь в 1971 г. [4].

В 2012–2014 гг. сотрудники кафедры истории медицины, истории Отечества и культурологии Первого МГМУ Д.А. Балалыкин, А.П. Щеглов и Н.П. Шок ввели в русскоязычный научный оборот в общей сложности еще восемь книг Галена, показав его медико-философскую систему, особенности анатомо-физиологических и общетеоретических взглядов, развитых и обогащенных последующими поколениями исследователей [1, 3].

В трудах Галена поднимаются проблемы, волнующие практикующих врачей и сегодня: «Пациент болен или здоров?» «Что привело к заболеванию?» «Какова точность применяемых методов диагностики?» «Имеется ли вероятность ошибочного диагноза?» «Какой метод лечения предпочтителен?» «Какой прогноз у данного пациента?» Именно эти вопросы обсуждаются в сочинении Галена «О вскрытии вен, против последователей Эрасистрата, живущих в Риме». Книга переведена с древнегреческого языка А. П. Щегловым и введена в русскоязычный научный оборот Д. А. Балалыкиным [2].

Великий античный врач описывает дискуссии со своими коллегами-оппонентами по поводу уместности и целесообразности кровопускания по жизненным показаниям. Рассматриваются истории болезни нескольких пациентов, «страдающих увеличенным против нормы количеством крови и задыхающихся от ее избытка» [2, С. 427]. Возможно, речь идет о гипертоническом кризе, апоплексическом ударе или предынсультном состоянии³⁹.

При проведении врачебного консилиума Гален и его друг Теуфрас настаивают на необходимости срочного кровопускания, чтобы снизить давление крови. Их коллеги возражают и ссылаются на книги известного греческого врача Эрасистрата, рекомендовавшего в таких случаях голодание, т. е. практически полный отказ от пищи и питья. Лейтмотив произведения: какой метод лечения избрать – голодание или кровопускание?

Гален формулирует проблему так: «Чтобы осуществить вскрытие вен, надо доказать его необходимость» [2, С. 442]. Как же это происходит?

³⁹ Судя по описанию болезни, у больной был отек легких, возможно, из-за порока сердца – прим. ред.

Ученый тщательно собирает анамнез (в том числе гинекологический анамнез у больной женщины), делает верный прогноз и подтверждает его статистическими данными. Отсюда предварительный вывод: маточное или носовое кровотечение значительно облегчает состояние пациентов, а голодание не дает положительного эффекта.

«Когда же врачи мне ответили, – вспоминает Гален, – что избавиться от лишней крови можно одним только голоданием без вскрытия вен, то я, ничего не ответив, ушел. Я не надеялся на выздоровление этой женщины из-за ее опасного кашля и тяжелого дыхания. Я ожидал, что у нее может произойти грудное кровоизлияние: лопнет сосуд в легком, появится “грудная жаба”⁴⁰ [т. е. стенокардия], воспаление плевры или воспаление легких... Мне хотелось, чтобы из всего этого отвратительного набора [последствий болезни] лучшим для женщины был бы плеврит, так как я чрезвычайно опасался развития “грудной жабы”, воспаления легких или разрыва сосуда в них. В последнем случае это могло бы привести к смертельному исходу, который, впрочем, и наступил, ибо у женщины вместе с кашлем все сильнее шла горлом кровь... Женщина же вскоре умерла, мучаясь от неизлечимой одышки. Впоследствии и многие больные “грудной жабой”, которым эти врачи мешали вскрыть вены, также вскоре умерли» [2, С. 427-428].

Кроме того, Гален описывает осложнения и побочные эффекты неправильной терапии, предложенной Эрасистратом и его последователями: «Больной с красным, изобилующим кровью лицом и налитыми слизистыми оболочками глаз, выглядевший так, словно его голова долгое время находилась наклоненной к земле, а бедра вздымались ввысь, промучившись всю зиму без всякой помощи [со стороны этих врачей] на пятый день весны, тяжело дыша, задохнувшись, умер. Находившуюся у них четвертую женщину с задержкой месячного очищения, эти враги вскрытия вен также могли привести к смерти. Они морили ее голодом три дня, хотя у нее был постоянный сильный жар и только лишь на четвертый день ей позволили вкушать малого, но на пятый день снова заставили голодать. В результате в этот день, находясь в сильном раздражении, она помутилась рассудком, вскочила с ложа и так кричала, что слышно было через двери. Бывшие же при ней с трудом смогли ее удержать. Благо, что у нее пошла носом кровь и тем самым сама природа спасла ее. В этой связи можно не только удивляться, но и поучиться [у природы] тому, какую при лечении подобных страданий имеет силу избавление от лишней крови. Сразу же после кровотечения носом, женщина освободилась от всех приступов» [2, С. 428-429].

Обратим внимание на примечательную деталь повествования: врач должен учиться у природы, не делая ничего противоприродного, противоестественного. Способ лечения выбирается в зависимости от его конкретных резуль-

⁴⁰ Нозологическое понятие «грудная жаба» ввел в медицину W. Heberden (1710–1801) – прим. ред.

татов, а не отвлеченных умствований врачей или высказываний каких-либо авторитетов в области медицины.

Далее начинается диспут. Гален упрекает оппонентов в разных словесных уловках, непрямолинейности и уклончивости. В этом видится не только принципиальность великого врача, но и его желание доказать истину в интересах больного. Гален не принимает в качестве аргументов софизмы и бездоказательные, голословные утверждения.

Когда словесные ухищрения иссякли, оппоненты прибегли к книгам Эрасистрата: «О кровотечении», «О болезнях живота», «Об упущениях», «О подагре», «О здоровье» и «О разделениях». Так они надеялись оправдать свою точку зрения, что голодание – наилучший способ снизить давление крови.

На этом фрагменте сочинения Галена следует остановиться подробнее. Полученные во время обучения знания, собственный клинический опыт и интуиция, конечно же, были и остаются основными составляющими врачебного искусства. Однако ни один клиницист не может иметь достаточного опыта, чтобы свободно ориентироваться во всем многообразии клинических ситуаций. В неясных случаях у постели больного необходимо консультироваться с экспертами и коллегами, обращаться за информацией к научным пособиям, учебникам и публикациям. Выбор между разными источниками информации может представлять психологические трудности, связанные с устоявшимися стереотипами, противоречивыми мнениями консультантов и огромным потоком медицинской информации.

Разумеется, во времена Галена информационных источников было немного. Но показателен сам факт. Великий врач аргументировано критикует позицию Эрасистрата и опровергает все доводы противников. А Теуфрас «перечисляет по порядку имена больных», умерших по вине неправильного лечения голоданием, и описывает особенности течения их болезней. Неутешительная статистика заставляет оппонентов умолкнуть.

Согласно Галену, безоговорочное принятие авторитетного мнения (в данном случае Эрасистрата) подавляет врачебную мысль, лишает способности к критическому анализу реальной ситуации и заставляет безоговорочно соглашаться с существующими догмами. Но принятие без критической оценки какого-либо способа диагностики или лечения – это косность клинического мышления и неумный консерватизм, крайне вредные для пациентов.

Далеко не все источники информации достойны доверия. Например, Гален критикует сочинения Хрисиппа Книдского, у которого много позаимствовал Эрасистрат: «Его утверждения противоречат друг другу, поэтому из них нельзя вывести единую причинно-следственную связь» [2, С. 453]. Значит, нужно обращаться лишь к тем источникам, где логически верно и в единой связи рассматриваются этиология, патогенез, диагностика, лечение и профилактика заболеваний.

Также Гален показывает пример того, как следует писать научные медицинские работы. Спустя некоторое время после диспута, ученый снова возвращается к теме кровопускания: «Мне пришлось каждый день публично говорить об этой проблеме. Во время этих выступлений некто спросил, правильно ли то, что Эрасистрат не пользуется вскрытием вен? И я доступным образом, как мне показалось, объяснил слушавшим меня суть этого вопроса. Узнав об этом, Теуффрас попросил меня продиктовать сказанное мной приглашенному им писцу, который потом принес ему написанное. Намереваясь возвратиться в Ионию, он хотел взять с собой эту книгу. Я был убежден моим товарищем и продиктовал писцу свои мысли. Эта книга стала известна многим, но не из-за моего желания, а благодаря моему другу. Дело в том, что это не было изложением, подобающим литературному произведению. Это была просто по просьбе друга записанная речь. Но даже в таком несовершенном виде она сделала больше, чем могла на первый взгляд» [2, С. 430-431].

Очевидно, Гален очень строго, самокритично и ответственно относился к изложению своих мыслей. Он опасался непроверенных фактов, несостоятельных гипотез, голословных утверждений и поспешных выводов, которые нередко рождаются в горячих спорах. Он часто цитировал, к примеру, Гиппократ и при этом разъяснял его мысли, проводил сравнительный анализ с собственными суждениями, отмечал текстологические проблемы, профессионально комментировал и оценивал информацию.

По мнению историков науки, свои многочисленные медицинские и философские сочинения Гален обычно начинал с общего введения в предмет, обсуждения широкого круга вопросов, систематической классификации изучаемого предмета, установления метода и порядка исследования. Гален строго определял цель работы, разбивал текст на части, объяснял различия между философскими и медицинскими школами. Являясь противником искусственно созданных специальных терминов для ограниченного круга специалистов, он комментировал чужие книги, исходя из того смысла, которое тексту придавал его автор, и используя слова в их обычном, понятном значении [1, С. 137-138].

Однако вернемся к размышлениям Галена о кровопускании: «Не стоит использовать это сильное [средство] на каждом больном. Безусловно, нельзя полностью воздерживаться от вскрытия вен, но в то же время не все, кому Эрасистрат прописал голодание, нуждаются во вскрытии вен... Безусловно, нелегко, всем прочитавшим [мою книгу], найти меру в [излечении], как нелегко отыскать нужную вену для вскрытия в подходящий момент. Думается мне, что сам Эрасистрат пренебрегал этим способом при лечении болезней по той причине, что не знал, при какой из них можно применить вскрытие вен, и тем самым всячески препятствовал этому методу» [2, С. 432].

Действительно, к каждому больному нужен индивидуальный подход, и нельзя бездумно применять в отношении всех пациентов средства и лекарства,

хорошо помогающие некоторым людям. Поэтому Гален и ставит ряд принципиальных вопросов, суть которых сводится к следующему: применима ли информация, полученная в ходе каких-либо исследований, к конкретному пациенту? как «отфильтровать» научные мнения, чтобы найти наиболее весомые доказательства для излечения данного больного? Какой способ лечения эффективнее и безопаснее? Ответы на эти вопросы помогут нам глубже уяснить предпосылки зарождения методов доказательной медицины в трудах великого древнегреческого врача.

Гален отвечает так: «Когда не ясно, какой метод надо применять, то с помощью определенных указаний ученик сам определит, каким образом можно опустошить вены – с помощью вскрытия или голодания, или двумя способами сразу» [2, С. 434].

Под «определенными указаниями» понимаются, вероятно, собственные суждения, интуиция и клиническое мышление, лежащие в основе мастерства врача. Доказательства Галена таковы.

Во-первых, необходимо учитывать осложнения и побочные эффекты лечебных манипуляций: «Если же голодание, позволяющее сделать вены пустыми, применяется только из-за уменьшения страданий [больного], то в этом случае мы ничего не будем говорить по этому поводу, так как один раз лучше избавиться от избытка [крови], чем длительное время голодать и тем самым причинять больным столь же длительные мучения. Ведь воздержание от пищи ведет к бессоннице, нарушает нормальное течение желудочных соков и в конечном итоге повреждает желудок, а иногда ведет и к задержке мочеиспускания» [2, С. 434].

Во-вторых, нужно подробно и критически сравнить неудачную тактику лечения, предложенную врачами-оппонентами, с результатами других врачей: «Во время очередного месячного очищения, лишняя кровь поднялась на уровень груди [больной] женщины и возникла опасность, что кровь пойдет горлом. Поэтому Эрасистрат, желая снизить количество [крови], прибегнул к голоданию, которое было явно бесполезным. Если бы действительно использовалось вскрытие вен, то в одно мгновение не стало бы излишка крови. Те, кто занимается лечением женщин в Риме, несомненно, убеждены в пользе вскрытия вен, когда наступает период месячного очищения. Эти врачи не прописывают больным ни покоя, ни голодания, соглашаясь лишь с употреблением меда с молоком и избыточного питания, а также разрешают использовать бани, если кто имеет к ним привычку, что помогает снизить давление крови. Когда появляются месячные, то под коленом или возле лодыжки происходит вскрытие вены⁴¹. Если бы кто вместо вскрытия вены прописал ограничение в пище, то он не только не смог бы справиться с отсутствием месячного очищения на протяжении нескольких месяцев, но и обычные, естественные месячные за-

⁴¹ Имеется в виду не самопроизвольное вскрытие вены, а флеботомия, проведенная врачом – прим. ред.

держал бы. Дело в том, что при голоданиях кровь сгущается и теряет обычную текучесть. Когда же [больные] женщины к молоку с медом добавляют еще нетерпкое и некрепкое вино, то месячное очищение проходит своим обычным путем. Именно поэтому я сказал, что голодание не только бесполезно, но и весьма вредно. По поводу девушки с Хиоса и того, что с ней случилось, совершенно очевидно, что [в лечении] пренебрегли вскрытием вен. Во время болезни у нее шла горлом кровь, наблюдалось тяжелое дыхание, и в результате она умерла. И если бы было произведено вскрытие вен, то она, без сомнения, была бы спасена» [2, С. 437-438].

Гален настаивает на важности метода сравнения: «Эрасистрат, о котором его современные последователи говорят, что он пользовался вскрытием вен, будучи невероятно многословным, даже не использовал термин “вскрытие вен” и не отважился сравнить этот способ с иными другими подобными средствами. Получается, что он пренебрег всем перечисленным порядком лечения: временем, мерой, местом вскрытия, техническими способами использования данного метода! Ведь в других случаях, он отнюдь не пренебрегал доскональным описанием того, как следует накладывать пластыри каждому из больных или как месить тесто, или варить овощи»⁴² [2, С. 442-443].

В-третьих, врачу следует исходить из интересов пациента и четко информировать его, психологически и педагогически грамотно разъясняя свои назначения: «Досконально описано, как надо применять к больным то или иное средство из упомянутых нами: количество лекарства, способ использования, нужное время. Больному, принимающему этот [лечебный курс] требуется рассказать обо всем этом, причем не только о сильных [лечебных] средствах, но и о второстепенных, чтобы от внимания больного не ускользнула ни одна мелочь, так как все это вместе может нанести больному существенный вред, если они не будут знать, как их лечат. Как мне кажется, именно таким образом проходит каждый [лечебный] день для больных. По крайней мере, ни один врач не скажет в общем: “Пусть дадут человеку пищу!” Врач устанавливает определенное время, когда можно кормить только определенной пищей, утверждает ее количество и способ приготовления, а также порядок ее использования для каждого из больных. Он объясняет присутствующим [больным], как следует это делать. О порядке применения лекарственных средств подробно описано во всех [врачебных] книгах» [2, С. 442].

Обратим внимание на биоэтические и психолого-педагогические аспекты в трудах Галена – заповедь «не навреди», право пациента на информацию о состоянии своего здоровья и методах лечения. Ожидания больных, согласие на проведение манипуляций и выбор медицинских услуг во многом определяются информацией, предоставляемой врачом. А поскольку именно он несет

⁴² Возможно, речь идет о повязках (пластырях, или катаплазмах), в которых в качестве лечебного средства использовали тесто или вареные овощи – *прим. ред.*

ответственность за качество этой информации, то нуждается в надежных и достоверных клинических руководствах.

Интересно, что, по сути, Гален предпринял попытку критически оценить произведения Эрасистрата с позиции их достоверности, надежности и применимости, а также с точки зрения античной философии.

Итак, перед нами своего рода галеновская методология оценки врачебных предписаний и использования их результатов в медицинской практике. Ученый отстаивает важный принцип: медицинские решения принимаются на основе самой надежной, проверенной информации. Назначая диагностическую процедуру или способ лечения, каждый врач должен отдавать себе отчет, на основании каких сведений он поступает именно так, а не иначе. Для этого необходимо опираться на те источники, где детально анализируются патогенетические механизмы болезни, точно и недвусмысленно прослеживается связь между каждым утверждением и научными данными, а факты первенствуют над мнениями экспертов, пусть даже признанных в данное время и в данной области авторитетными.

Понимание механизмов развития болезни необходимо, но не достаточно для принятия врачебных решений, которые должны основываться на строго научных фактах, доказанных в ходе исследований. Здравый смысл, клинический опыт, медицинская этика и интересы больного являются неотъемлемыми компонентами врачебной деятельности. Правильность выводов и действий врача зависит во многом от методов наблюдения и способов их анализа.

Разумеется, во времена Галена для анализа информации не использовались систематические обзоры и метаанализ. Однако в трудах ученого мы видим предпосылки зарождения методов доказательной медицины.

Итак, возвращаемся к основной идее сочинения Галена «О вскрытии вен, против последователей Эрасистрата, живущих в Риме»: «Чтобы осуществить вскрытие вен, надо доказать его необходимость» [2, С. 442].

Гален разрабатывает своего рода методику исследования: «Определить цель, ради которой у человека пускается кровь... Вначале лучше решить, как повлияет на больного кровопускание... Не все [больные] нуждаются во вскрытии вен, но даже для тех, кто страдает избыточным полнокровием, мы должны определить, от чего оно возникло (дословно: “каково оно по природе”). После этого мы должны определить состояние больного, его возраст, время года, страну, из которой он прибыл, а также состояние, предшествующее его болезни. В каждом из этих случаев я на многих примерах покажу, что вскрытие вен не всегда происходит безвредно. Я расскажу также о тех, кто, страдая полнокровием, нуждается во вскрытии вен. После того, как я это определю, я скажу о времени вскрытия вен и о способе вскрытия, но еще до этого – о разнице во вскрываемых венах... и о том, один или много раз надо пускать кровь. Добавлю, что и здоровым людям

иногда приличествует весной вскрывать вены и тем самым очищать [их]» [2, С. 442, 462].

Это заключительный фрагмент сочинения «О вскрытии вен, против последователей Эрасистрата, живущих в Риме». Переведем цитату на современный научный язык. Гален предлагает конкретные клинические рекомендации, позволяющие усовершенствовать лечебное дело. Схема следующая:

1) постановка задач, стоящих перед врачом, с учетом оценки риска для здоровья пациента;

2) описание заболевания (этиология, распространенность, клиническая картина и т. д.);

3) алгоритмы диагностических процедур (программа обследования, показания и противопоказания к назначению диагностических манипуляций);

4) лечение (тактика, описание лечебных средств и мероприятий, критерии эффективности и прекращения лечения, осложнения);

5) профилактика, диспансерное наблюдение.

По сути, Гален строит то, что в XX в. стали называть схемой ориентировочной основы действия (ООД). Такие схемы отражают содержание формируемого действия.

Гален идет от общего к частному и разрабатывает схему ориентировочной основы действия универсального характера, вполне пригодную и для других заболеваний. Общие представления о врачебной деятельности он преобразует в алгоритмы поиска решения, в подробное описание действий врача: операций, объектов и используемого материала. Вместе с тем указывает, как нужно выполнять данное действие (кровопускание) без ошибок, т. е. план лечения, прогноз заболевания и возможные исходы. Для каждого конкретного действия отмечает аспекты состояния больного, значимые и необходимые для правильного выполнения диагностики и лечения (например, возрастные особенности, анамнез жизни и болезни). Также выделяет этапы действия и орудия для их выполнения (инструментарий).

Анализируя книгу Галена «О вскрытии вен, против последователей Эрасистрата, живущих в Риме», мы находим и еще одну важную идею: наряду с общечеловеческими закономерностями мыслительной деятельности, отраженными в гносеологических принципах теории познания, в работе врача существуют элементы специфического профессионального мышления. Высокими мыслительными способностями (интеллектом) обладает врач, отличающийся глубиной мышления, способностью к анализу и синтезу наблюдений, точностью в диагностике и лечении.

Клиническое мышление – когнитивная функция, необходимая для достижения определенного результата: постановки правильного диагноза, грамотного выбора терапии и т. д. Составляющими клинического мышления являются анализ и синтез поступающей информации, а не простое сравнение данных.

Это формирует целостный взгляд на больного с учетом его личностных особенностей и побуждает рассматривать болезнь как процесс, выясняя факторы ее развития, дальнейшую эволюцию с присоединившимися осложнениями и сопутствующими заболеваниями. Выяснение причинно-следственных связей между процессами, происходящими в организме и психике, использование принципов логики позволяют мышлению подняться на качественно новый уровень⁴³. Таким образом, опираясь на свои профессиональные знания, умения и навыки, Гален приходит к ясному (по тем временам) пониманию процесса возникновения и протекания болезни, а также цели и смысла лечебных действий.

По мнению отечественных комментаторов работ Галена, адекватный для той эпохи союз науки и практики стал новаторским, резко диссонируя с двумя крайностями – описательностью и спекулятивностью скептиков-методистов (Асклепиад, Эрасистрат) и чрезмерным вниманием к местным проявлениям болезни и фрагментарной трактовкой ее симптомов, характерной для эмпириков (Скрибоний, Темисон и др.) [1, С. 122-123, 183].

Такой подход позволял избегать многих ошибок, опрометчивых суждений, ложных умозаключений и парадоксальных ситуаций, когда друг другу противоречат два эмпирических факта, или результат опытного наблюдения не сходится с теоретическими представлениями.

На основании вышеизложенного мы делаем вывод: в философских и медицинских произведениях Галена заложены теоретические и практические предпосылки возникновения современной доказательной медицины. Об этом свидетельствует психолого-педагогический анализ книги ученого «О вскрытии вен, против последователей Эрасистрата, живущих в Риме».

Литература

1. Балалыкин Д.А., Щеглов А.П., Шок Н.П. Гален: врач и философ: монография. – М.: Весть, 2014. – 416 с.
2. Гален. О вскрытии вен, против последователей Эрасистрата, живущих в Риме / Общ. ред., сост., вступ. ст. и комм. Д.А. Балалыкина; пер. с древнегреч. А.П. Щеглова; науч. ред. А.П. Щеглова, Н.П. Шок // Сочинения. Том I. – М.: Весть, 2014. – С. 426-468.
3. Гален. Сочинения. Том I. / Общ. ред., сост., вступ. ст. и комм. Д.А. Балалыкина; пер. с древнегреч. А.П. Щеглова; науч. ред. А.П. Щеглова, Н.П. Шок. – М.: Весть, 2014. – 656 с.
4. Гален К. О назначении частей человеческого тела / Под ред. В.Н. Терновского; пер. с древнегреч. С.П. Кондратьева; ред. и вступ. ст. В.Н. Терновского и Б.Д. Петрова. – М.: Медицина, 1971. – 554 с.

⁴³ По нашему мнению, составной частью клинического мышления, помимо названных автором, является интуиция врача, основанная на его знаниях и опыте – прим. ред.

ДРЕВНЕЕГИПЕТСКАЯ МЕДИЦИНА В РОССИЙСКОЙ ПЕРИОДИКЕ XVIII–XIX СТОЛЕТИЙ

Сорокина Т.С., Белова Ю.М.

Российский университет дружбы народов (Москва, Россия)

В статье анализируются первые в нашей стране публикации о древнеегипетских мумиях и бальзамировании, некоторых заболеваниях древних египтян и их врачевании, появившиеся в отечественной периодической печати в XVIII – начале XX в.; раскрываются их содержание и значение для дальнейшего развития египтологии в России.

Ключевые слова: египетские мумии, бальзамирование, российская египтология.

Публикации о древнеегипетской медицине в отечественной литературе XVIII – начала XX столетия можно условно разделить на две группы. К первой относятся работы, опубликованные на страницах научных и научно-популярных газет и журналов в XVIII – первом десятилетии XX в. Вторую группу составляют общие труды по истории медицины и истории Древнего мира (монографии, учебники, статьи в периодических изданиях и энциклопедических словарях), в которых врачеванию Древнего Египта посвящено несколько страниц или абзацев, почерпнутых, главным образом, из зарубежных изданий. Все они отражают уровень знаний и состояние науки того времени и, в целом, являются частью отечественной историографии истории медицины.

Данная публикация посвящена первой группе источников и на их примере – изучению разработки в нашей стране истории древнеегипетской медицины до начала XX в. Работы эти немногочисленны, однако их содержание позволяет выяснить, какое место занимало изучение древнеегипетского врачевания в отечественной истории науки в исследуемый период, и на каком фоне это происходило.

В отечественной литературе до 1917 г. удалось найти девять публикаций, посвященных различным аспектам древнеегипетской медицины, которые будут рассмотрены в хронологическом порядке. В 1729 г. в журнале «Исторические, генеалогические и географические примечания к Санкт-Петербургским ведомостям», издаваемом с 1728 по 1742 г. Петербургской академией наук в качестве приложения к газете «Санкт-Петербургские ведомости», появилась статья «Дело о мумиях», которая, по всей вероятности, стала одной из первых научно-популярных публикаций о Древнем Египте в нашей стране [1].

Поводом для написания статьи «Дело о мумиях» послужила заметка «Из Лондона», напечатанная незадолго до этого в газете «Санкт-Петербургские ведомости», в которой говорилось, что некий лондонский купец получил

из Александрии египетскую мумию, которая «по рассуждению Академии наук с три тысячи лет лежала, и она телом некоторой королевы быть имеет» [2]. Текст этой заметки был включен в статью «Дело о мумиях» с примечанием о том, что Петербургская Академия наук располагает более обширными сведениями по этому вопросу, однако их суть не раскрывалась. Далее в статье говорилось о происхождении слова «мумия»; видах мумий – песочных (т.е. найденных в песках) и набальзамированных; технологии мумификации и причинах сохранности бальзамированных тел (по Геродоту, Диодору и другим античным авторам); о продаже мумий в Европу, их перевозке, использовании в качестве лекарств, а также о связанных с мумиями суевериях.

Автор статьи не указан, однако можно предположить, что им мог быть кто-либо из иноземцев – первых академиков или адъюнктов Петербургской Академии наук, занимавшихся медициной и изучавших предметы древности, таких как профессор химии и практической медицины М. Бюргер, профессор анатомии, хирургии и зоологии И.Г. Дювернуа, профессор греко-римских древностей Г. Байер [3]. Одно несомненно – автор статьи «Дело о мумиях» был хорошо знаком с западными публикациями о древнеегипетских мумиях и руководствовался профессиональными или личными интересами. Об этом свидетельствуют ссылки в тексте, некоторые замечания автора относительно заявления Лондонской Академии наук по поводу изучения привезенной из Египта мумии, а также описания процедуры бальзамирования, сделанные античными авторами. Все это позволяет заключить, что данная публикация является компиляцией данных, взятых из различных источников и, в целом, носит описательный характер. Появление статьи «Дело о мумиях» подготовило почву для дальнейшего развития научного интереса к древнеегипетским мумиям.

Петербургская Академия наук с самого начала своей деятельности стремилась, с одной стороны, к «освещению проблем, стоявших перед мировой наукой» [4], а с другой – к популяризации научных знаний, что стало одной из причин создания журнала «Исторические, генеалогические и географические примечания». В этой связи вполне понятно, почему первые шаги европейских исследователей в изучении древнеегипетских мумий не могли остаться незамеченными. Не миновала Россию и «лихорадка», охватившая Европу после знаменитого похода Наполеона в Египет (1798). В 1822 г. французский ученый Ж.-Ф. Шампольон расшифровал древнеегипетское иероглифическое письмо и воскресил забытый и к тому времени мертвый язык древних египтян, положив тем самым начало новой науке – египтологии. Однако еще до расшифровки древнеегипетских иероглифов в нашей стране стали появляться первые коллекционеры египетских древностей. Среди них был и Григорий Руадзе, «вывезший из Египта в Москву несколько мумий» [5].

Академия наук в Петербурге не осталась в стороне от этих событий. В 1826 г. в Милане Академия приобрела частную коллекцию египетских древ-

ностей Ф. Кастильоне, состоящую из 900 предметов и ставшую впоследствии основой коллекции древностей Эрмитажа. Через год, в 1827 г. Ж.-Ф. Шампольон был избран почетным членом Петербургской Академии наук «в знак уважения к заслугам... в области египтологии» [6].

В том же году в Петербурге с лекцией о древнеегипетских мумиях выступил доктор Гренвиль. Этому событию была посвящена статья «Чтение доктора Гренвиля в Санкт-Петербургской Академии наук о египетских мумиях», опубликованная в «Московском вестнике» (1827) [7]. Из статьи не ясно, был ли доктор Гренвиль приглашен в Россию для прочтения лекции, или же он некоторое время работал в Санкт-Петербурге. Автор статьи неизвестен. Повествование в ней ведется в форме письма к издателю журнала, в котором пересказывается лекция Гренвиля, прочитанная в Академии наук. Зная о том, что в журнале «Московский вестник» нередко публиковались переводные материалы [8], можно предположить, что и «Чтение доктора Гренвиля...» не было исключением. Лекция Гренвиля была посвящена результатам его собственных исследований женской мумии, привезенной из Фив сэром А. Эдмонстоном и попавшей к доктору Гренвилю в 1819 г. Основными вопросами, затронутыми в статье, являются: внешний вид и свойства мумии (что позволило Гренвилю определить мумию как древнеегипетскую); положение внутренних органов; химический анализ веществ, пропитывающих обертки мумии (растительный раствор, главной составляющей которого, по мнению доктора, была кора дуба), веществ, находящихся внутри нее (воск, смола) и на поверхности (частицы соли и остатки почвы).

Таким образом, определив состав использовавшихся при мумификации веществ, Гренвиль предложил собственную трактовку этой процедуры, которая заметно отличалась от описаний античных авторов: «Немедленно по кончине отдавали тело умершего бальзамировщикам, которые, разрезав оное, вынимали из него внутренности; потом через ноздри вытаскивали из него мозг. После сих предварительных приготовлений покрывали тело натронною грязью и тупым ножом соскабливали с тела перепонку... Потом погружали его в сосуд, наполненный растопленным воском, смешанным отчасти со смолою, и держали его на огне несколько времени, то есть до тех пор пока воск проникал не только в тело, но и в кости. Наконец, обертывали тело бумажною и льняною материей» [9]. Кроме этого, в статье указано, что Гренвиль в ходе своей лекции демонстрировал мумию, сделанную, по его словам, согласно изложенной методике.

Сегодня, почти два столетия спустя, такой способ бальзамирования и его практическое осуществление кажутся неправдоподобными, однако они в достаточной мере отражают уровень развития западноевропейской экспериментальной науки того времени. Выступление доктора Гренвиля с лекцией в России, безусловно, свидетельствует об интересе к истории древностей и истории

естествознания в стенах Петербургской Академии наук и стремлении русского научного сообщества первой половины XIX в. познакомиться с опытом западных коллег в этих областях.

Это подтверждает и следующая публикация – статья Г. Паризета «О древнем бальзамировании» (по всей вероятности, переводная), появившаяся в 1829 г. в «Вестнике естественных наук и медицины» [10]. В ней автор выдвинул собственную версию, разительно отличающуюся как от описаний античных авторов, так и от метода, предложенного Гренвилем. В отличие от Гренвиля, Паризет не придавал никакого значения травам и смолам, так как, по его мнению, «это... роскошь, которая ничего не делает для сохранения тела, или, по крайней мере, ничего бы не произвела без предварительного действия» [11]. Египтяне, указывал автор, «... солили тела. ... Для соления употребляли натрум, и его у них было с переизбытком. Натрум – щелочная соль – приведенная в соприкосновение с животным веществом, извлекает из него сырость и передает ее воздуху: соединяясь с жирными частями, превращает их в мыло. Тело клали на несколько времени в натрум, где оно превращалось в мыло, потом обмывали его: вода уносила мыло, а остальное... высушиваемо было на воздухе, не портясь. Тело высыхает – вот и мумия» [12]. Само же бальзамирование людей и животных, по мнению автора, проводилось египтянами не из религиозных воззрений, а «по основаниям гигиены» [13]. Отсюда Паризет пришел к выводу о том, что в Древнем Египте мумификация была широко распространена во всех слоях населения и, очевидно, стоила не так дорого. К этому заключению он пришел, анализируя традиции древних египтян: «Сначала всякий египтянин хранил у себя... приготовленные мумии... Но в продолжение времени мумии так размножились во всех жилищах, что наконец негде было помещаться живым. Тогда решились во время наводнения перевозить древнейшие на пустынный берег, там вырывались колодцы, куда их клали тысячами и засыпали песком» [14].

Необходимо отметить, что современная египтология проливает свет на многие догадки первых исследователей Древнего Египта. Сегодня известно, что египтяне еще со времен додинастического периода хоронили умерших в «красной земле» соседних с долиной Нила песчаных пустынь (за пределами прилегающей к Нилу плодородной «черной земли») – так называемые «песчаные мумии». Воздух Египта и почва «красной земли» обладали превосходными консервирующими свойствами: солнце и насыщенный солями горячий песок высушивали тела умерших, предохраняя их от дальнейшего разрушения. Таким образом, завернутые в циновки, они прекрасно сохранялись (без гроба и мумификации). В этом смысле в догадках Паризета есть доля правды: стремление сохранить тело умершего человека было распространено в Древнем Египте повсеместно, во всех слоях населения и во все периоды истории. Развитие цивилизации привело к строительству специальных закрытых по-

мещений для захоронения знатных умерших (мастабы, позднее – пирамиды). В этом случае отсутствие эффекта «красной земли» и иссушающего солнца требовало специальных искусственных методов сохранения тела. Так в Древнем Египте возникла мумификация, или бальзамирование, умерших. Однако возможность набальзамировать тело умершего родственника имели далеко не многие, поэтому существовали различные по сложности и стоимости методы бальзамирования. Они всегда привлекали внимание путешественников, историков, а позднее – ученых, интересовавшихся египетскими древностями, а после рождения египтологии – профессионалов-египтологов.

Первые в России публикации отечественных авторов о египетском бальзамировании стали появляться в первой половине XIX столетия. Так, в 1835 г. в «Военно-медицинском журнале» и «Библиотеке для чтения» была опубликована статья профессора И.Т. Спасского «Бальзамирование (у древних египтян)» [15], в которой он писал о возникновении традиции бальзамирования в Древнем мире и развитии этого метода в периоды Средневековья и Нового времени. По мнению автора, способ древнеегипетской мумификации является «собственностью одних Египтян» [16], а при бальзамировании «главное место занимали ароматные и смолистые вещества» [17].

Все рассмотренные выше публикации посвящены мумиям и древнеегипетскому методу бальзамирования. И это понятно – к началу XVIII в. о мумиях уже знали в Европе, и это побуждало ученых разных стран к их изучению, несмотря на малочисленность источников. Дальнейшее оформление египтологии на Западе, открытие новых памятников (в том числе и медицинского содержания), внедрение новых способов и междисциплинарного подхода к их изучению – все это отразилось в отечественных публикациях о древнеегипетской медицине, появившихся в конце XIX столетия.

В 1893 г. в газете «Правительственный вестник» была опубликована обзорная статья «Косметические средства древних египтян», в которой авторы (или автор) рассказывали читателям о результатах исследований древнеегипетских косметических средств, осуществленных преимущественно западноевропейскими учеными [18]. Основное внимание в статье было уделено работам профессоров А. фон Байера и К. Фишера. Первый занимался химическим анализом, в частности, черной туши для подведения бровей и ресниц, найденной «при одной из мумий» [19]. Второй исследовал косметические средства, добытые Флиндерсом Питри в гробницах близ некоторых египетских поселений и переданные Г. Эберсом и А. Видеманном в химическую лабораторию Эрлангенского университета.

Особое внимание привлекает вышедшая в том же году статья профессора Г.Н. Минха «Была ли проказа в Египте во времена Моисея» [20], которая, по нашему мнению, является оригинальным исследованием. Эта публикация, по своей сути, носит филологический характер и представляет собой изло-

жение доклада, сделанного автором в 1892 г. в Обществе киевских врачей. Опираясь на тексты Библии, папируса Бругша, папируса Эберса, сочинения Манефона и Лукреция, а также на собственные беседы в Египте с хранителем Египетского музея древностей Эмилем Бругшем и неким учителем коптского языка, Минх исследовал слова Zagaath (библ.), sêt (древнеегип.) и bagas (араб.). Они использовались в некоторых приведенных выше источниках для обозначения болезни, симптомы которой позволили, в частности, Эберсу утверждать, что болезнь эта есть не что иное, как проказа и, таким образом, побудили его дать слову sêt соответствующий перевод. Однако Минх в результате собственных проведенных изысканий пришел к выводу: ни в Библии, ни в древнеегипетских папирусах, ни у историков-писателей нет прямых указаний на существование в Древнем Египте проказы. По его мнению, проказа появилась в Египте незадолго до нашей эры.

Отметим также опубликованную в 1903 г. статью И.П. Скворцова «Первый египетский медицинский конгресс и международные санитарные меры. Древний и Новый Египет» [21]. В целом она посвящена не древнеегипетской медицине, а проходившему в том же году в Каире Первому египетскому медицинскому конгрессу. Тем не менее, эта статья содержит интересные сведения, полученные автором во время его поездки в Египет. Описывая Египетский музей древностей, Скворцов в общих чертах писал о заупокойном культе, папирусе Эберса, четырех элементах существа человека и сделал заключение о том, что наука в Египте, в том числе и медицина, являлась составляющей древнеегипетской религии, которая, в свою очередь, полностью отождествлялась с их философией.

Следующая статья, посвященная древнеегипетскому врачеванию – «Медицина и фармация в Древнем Египте» – была напечатана в 1907 г. в журнале «Фармацевт-практик» [22]. Она представляет собой краткий рассказ о лекарственных средствах Древнего Египта, описанных в папирусе Эберса. Автор, некий «Натуралист», привел примеры рецептов из этого папируса и определил место лекарствоведения (фармации) в жизни древних египтян. Наконец, в 1910 г. к теме древнеегипетского бальзамирования обратился А. Бахтияров [23]. В своей работе «Бальзамирование в древности и в наше время» он описал его цели, виды мумий и естественной мумификации, вещества, используемые при бальзамировании, привел описание самого процесса, сделанное Геродотом, а также подробно изложил метод, предложенный доктором Гренвилем. Интересно отметить, что содержание статьи в некоторой степени перекликалось с публикациями, рассмотренными выше, например, со статьей Паризета. Очевидно, Бахтияров был хорошо знаком с отечественной литературой по данной теме. Более того, подробное описание исследований Гренвиля указывает на возможный профессиональный интерес автора к мумификации.

Таким образом, анализ тематических публикаций по истории древнеегипетской медицины в отечественной литературе XVII – начала XX столетия позволяет заключить, что более половины из них посвящены бальзамированию, в то время как остальные касаются различных аспектов древнеегипетского врачевания. Все работы опубликованы в специальных медицинских или научно-популярных периодических изданиях, носящих просветительский характер. Авторство большинства статей указывает на то, что они были написаны не любителями, а специалистами, проявлявшими в той или иной степени теоретический интерес к древнеегипетской медицине.

Малочисленность публикаций, их переводной или компилятивный характер, скудость научно-справочного аппарата (наличие которого вообще несвойственно научно-популярным периодическим изданиям) – все это, на первый взгляд, могло бы свидетельствовать о слабой научной значимости анализируемых статей. Однако подобная оценка была бы неправомерной. Как уже отмечалось, древнеегипетская медицина изучалась в нашей стране чисто теоретически, и тому были объективные причины. Отсутствие практических изысканий объясняется тем, что отечественная египтология как наука начала формироваться в России лишь в конце XIX – начале XX вв. При этом в Западной Европе к тому времени уже появились и были описаны многие памятники древнеегипетской медицины. Оседая в западных музеях и коллекциях, они исследовались западноевропейскими египтологами и представителями других отраслей науки. Отечественные врачи и историки медицины возможности работать с источниками не имели и потому не могли быть специалистами-практиками в изучении Древнего Египта. Более того, перспективы использования наследия древней медицины в клинической практике в то время не предвиделись.

В заключение отметим, что при оценке рассмотренных выше публикаций необходимо учитывать, что они являются неотъемлемой частью отечественной историографии истории медицины, которая в свою очередь входит в состав всемирной историографии истории науки.

Литература

1. Дело о мумиях // Исторические, генеалогические и географические примечания к Санкт-Петербургским ведомостям на 1729 год. – Ч. XXIII–XXV. – 1729. – С. 89-100.
2. Там же. – С. 89.
3. *Копелевич Ю.Д.* Основание Петербургской академии наук. – Л.: Наука, 1977. – 210 с.; Российская академия наук. Персональный состав. Кн. I. 1724–1917. – М.: Наука, 1999. – 563 с.
4. *Зубов В.П.* Историография естественных наук в России (XVIII в. – первая половина XIX в.). – М.: Изд-во Академии наук СССР, 1956 – С. 19.
5. *Белова Г.А., Шеркова Т.А.* Русские в стране пирамид. Путешественники, ученые, коллекционеры. – М.: Алетейа, 2003. – С. 23.
6. Там же. – С. 22.

7. Чтение доктора Гренвиля в Санкт-Петербургской Академии наук о египетских мумиях // Московский вестник. – 1827. – Ч. 6. – № 23. – С. 367-371.
8. *Зубов В.П.* Указ. соч. – С. 19-21.
9. Там же. – С. 370.
10. *Паризет Г.* О древнем бальзамировании // Вестник естественных наук и медицины. – 1829. – № 5. – С. 24-30.
11. Там же. – С. 26.
12. Там же. – С. 26.
13. Там же. – С. 24.
14. Там же. – С. 26.
15. *Спасский И.Т.* Бальзамирование (у древних египтян) // Военно-медицинский журнал. – 1835. – Ч. 26. – № 1. – С. 120-124; Библиотека для чтения. – 1835. – XIV. – С. 69-76.
16. Там же. – С. 120.
17. Там же. – С. 121.
18. Косметические средства древних египтян // Правительственный вестник. – 1893. – № 75. – С. 3.
19. Там же. – С. 3.
20. *Минх Г.Н.* Была ли проказа в Египте во времена Моисея // Южно-русская медицинская газета. – 1893. – № 9-11. – С. 111-113, 123-125, 136-139.
21. *Скворцов И.П.* Первый египетский медицинский конгресс и международные санитарные меры. Древний и Новый Египет // Журнал Министерства народного просвещения. – 1903. – № 11– 12. – С. 1-59, 89-142.
22. *Натуралист.* Медицина и фармация в древнем Египте // Фармацевт-практик. – 1907. – № 29. – С. 902-903.
23. *Бахтияров А.* Бальзамирование в древности и в наше время // Литературно-медицинский журнал доктора Окса. – 1910. – Май. – С. 1-20.

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ НОВОГО ВРЕМЕНИ

МОСКВА – ОБЪЕДИНЯЮЩИЙ ЦЕНТР ЗЕМСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Андреева О.В., Егорышева И.В.

*ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья
имени Н.А. Семашко» (Москва, Россия)*

В 60-е гг. XIX в., в эпоху так называемых «Великих реформ», на волне небывалого в России общественного подъема в медицинской печати развернулась острая дискуссия о формах организации здравоохранения, соответствующих новым социально-экономическим условиям. Общество русских врачей в Москве, созданное в 1859 г., сыграло важную роль в формировании представлений о том, каким должно быть здравоохранение в России после отмены крепостного права. В своем периодическом издании «Московской медицинской газете» члены общества напечатали наибольшее число статей по этому вопросу, а в 1862 г. создали специальную комиссию для обсуждения рациональной организации медицинской помощи сельскому населению. «Московская медицинская газета» превратилась в своеобразную трибуну, с которой выступали врачи многих губерний [1].

В 1865 г. газета опубликовала статью П.Д. Любимова «К вопросу об устройстве врачебной части для народа», обобщившую материалы дискуссии в печати и выводы Комиссии Общества русских врачей в Москве. Обзор, подготовленный П.Д. Любимовым, свидетельствует о том, что к началу земской реформы медицинской общественностью были сформулированы наиболее принципиальные положения земской медицины. «Назначение участковых врачей с одновременным устройством участковых больниц, по нашему убеждению, – писал Любимов, – есть один из самых лучших проектов устройства сельской медицины» [2]. Подводя итоги дискуссиям, П.Д. Любимов следующим образом описывал организацию медицинского обслуживания сельского населения. При планировании системы медицинских участков, по его словам, следует учитывать плотность населения и величину пространства. В каждом участке должны быть: небольшая больница и при ней аптека, один врач, два фельдшера, повивальная бабка. Врач заведует больницей, ведет амбулаторный прием и посещает больных на

дому только в экстренных случаях. Кроме лечебной работы, врач собирает на своем участке материалы по медицинской географии и статистике в целях предупреждения болезней; проводит противоэпидемические мероприятия; контролирует оспопрививание; занимается пропагандой гигиенических знаний. Поступающие в больницу пациенты ничего не платят. Положение об участковом принципе построения медицинской помощи явилось программой для нарождающейся земской медицины.

Таким образом, в вопросе – должна ли быть разъездная или стационарная медицинская помощь – Общество русских врачей в Москве еще до введения земских учреждений высказалось за стационарную врачебную помощь сельскому населению, наметило основные направления деятельности участкового врача и обозначило бесплатность медицинской помощи, как одно из важнейших условий ее доступности. После введения земского самоуправления в 34 губерниях Российской империи (1864) «Московская медицинская газета» освещала первые шаги земской медицины, особенно активно выступая против попыток подменить научную медицину фельдшеризмом.

Московская земская медицинская организация со второй половины 70-х гг. XIX в. стала объединяющим центром, своеобразным испытательным полигоном для апробации форм и методов земской медико-санитарной деятельности, что позволило создать в Московской губернии самую передовую земскую организацию в России. Неслучайно Е.А. Осипов называл Московскую губернию «колыбелью русского земского врачебно-санитарного дела и путеводительницей в нем» [3].

На первом этапе строительства земской медицины в Московской губернии широкое распространение, как и в других губерниях, все же получила разъездная система организации медицинской помощи, при которой врачи поочередно объезжали свои участки, не всегда успевая в течение месяца посетить все населенные пункты. В 1875 г. Московское губернское собрание первым в России признало целесообразность стационарной системы и рекомендовало ее уездным земским организациям. При стационарной системе врачи вели амбулаторный прием на своих участковых врачебных пунктах, выезжая только к тяжелым больным. При врачебных пунктах создавались небольшие лечебницы (4-15 коек) и родильные приюты (обычно на две койки).

В Московской губернии стационарная помощь получила наибольшее развитие. Уезды здесь были разделены на врачебные участки с расстоянием от врачебного пункта до границы участка в 15-17 верст. В уездных городах были созданы уездные земские больницы. Московское земство раньше других губернских земств организовало строительство сети образцовых участковых лечебниц, построив по специально разработанному плану в 1878 г. первую – Глазовскую – лечебницу.

С целью приблизить медицинскую помощь к населению московская земская организация в 80-е гг. XIX в. выступила с другой важной инициативой, касающейся устройства межуездных врачебных участков на границах уездов. В 1910 г. в Московской губернии было уже 14 таких межуездных участков.

К 1910 г. средний врачебный участок Московской губернии составлял 250 квадратных верст с населением 14 тысяч человек, в то время как в среднем по земским губерниям участок равнялся 930 квадратным верстам с населением 28 тысяч. Если в земской России на одну лечебницу в уездных земствах приходилось по 1,4 врача и 3,3 фельдшера, то в Московской губернии – соответственно 1,9 врача и 4,1 фельдшера. На 100 000 сельского населения Московской губернии в среднем приходилось 11 врачей и 25 человек среднего медицинского персонала. К 1910 г. в Московском земстве было 120 участков [4].

В начале 80-х гг. земский врач Н.Ф. Михайлов в Московской губернии организовал летние ясли-приюты для детей в возрасте от трех месяцев до двух лет, чьи матери были заняты на сельскохозяйственных работах. Как правило, в них под присмотром врачей бесплатно работали сельские учительницы, жены и дочери священников и местных помещиков. Н.Ф. Михайлов написал для яслей-приютов и матерей наставления по уходу за детьми, получившие широкую известность в земских губерниях. Инициатива Московского земства была подхвачена земскими организациями других губерний (Пермской, Симбирской, Орловской, Курской, Самарской, Екатеринославской, Полтавской и др.) и сыграла положительную роль в борьбе с чрезвычайной высокой детской смертностью.

Широкое развитие сети земских медицинских учреждений в Московской губернии объяснялось не только высоким экономическим развитием губернии, но и квалифицированным руководством земской медициной, которое взяла на себя московская санитарная организация во главе с Е.А. Осиповым. Единство и тесная взаимосвязь лечебной и санитарной деятельности стали непреложным принципом московской земской организации.

Важнейшим достижением московских земских врачей явилось создание образцовой земской санитарной организации. В 1873 г. была учреждена губернская санитарная комиссия, однако фактическим началом ее деятельности является 1875 г., когда ее секретарем был назначен Е.А. Осипов, в течение 20 лет возглавлявший врачебно-санитарную часть губернского земства сначала в должности секретаря санитарной комиссии, а затем – заведующего губернским санитарным бюро. 1875 г. ознаменовался созданием Е.А. Осиповым «Программы санитарного исследования Московской губернии». Если ранее за основу статистических исследований брались материалы экспедиций и специальные разработки, то в соответствии с программой Е.А. Осипова статистические исследования стали базироваться на постоян-

ной текущей регистрации заболеваемости, производимой медицинским персоналом в процессе оказания медицинской помощи населению.

Московское земство выступило инициатором и пропагандистом карточного способа регистрации. Второй губернский съезд земских врачей (1877) поручил Е.А. Осипову и П.А. Пескову разработать и разослать по уездам специальные регистрационные карты [5]. С 1880 г. регистрация больных на карточках стала общей во всех земско-медицинских учреждениях губернии. В 1890 г. Е.А. Осипов опубликовал капитальное исследование «Статистика болезненности населения Московской губернии за 1878–1882 гг.» (М., 1890), основанное на изучении 642582 карт, отразивших число обращений в земские лечебницы Московской губернии за 5 лет. По этим же формам вел свою работу в дальнейшем и П.И. Куркин, продолживший работу Е.А. Осипова. Опыт Московской губернии был использован и в других земских губерниях.

Московской земской организации также принадлежит заслуга организации первого в мире комплексного санитарно-статистического исследования условий жизни рабочих. В 1879 г. Московское земство пригласило для обследования фабрично-заводских учреждений Московской губернии уже известного гигиениста Ф.Ф. Эрисмана, который вместе с санитарными врачами Е.М. Дементьевым и А.В. Погожевым обследовал 1080 предприятий с 114 тысячами рабочих (1879–1885). Исследование выполнялось по программе, разработанной санитарной комиссией Московского губернского земства под руководством Е.А. Осипова и принятой III съездом врачей Московской губернии (1878).

Результаты исследования были обобщены в 17 томах «Сборника статистических сведений по санитарному исследованию фабрик и заводов Московской губернии за 1879–1885 гг.» (1881–1893) и двух дополнительных выпусках. Исследователи описали санитарное состояние фабрик и заводов, изучили условия труда и быта рабочих и их семей, провели антропологические обследования. В результате был сделан вывод о прямой зависимости плохого санитарного состояния фабричного населения от тяжелых социально-экономических условий. Капитальные исследования Ф.Ф. Эрисмана и его коллег оказали огромное влияние на постановку работы фабричной инспекции, созданной в России в 1882 г., а также на появление ряда законодательных актов (в 1882 г. – о работе малолетних, в 1885 г. – о ночных работах, в 1886 г. – о найме рабочих и др.), послужили образцом для проведения многочисленных исследований в других губерниях [6].

В 1886 г. в Московской губернии впервые в России было создано санитарное бюро (исполнительный орган санитарной комиссии) и введены должности уездных санитарных врачей. В число первых санитарных врачей Московской губернии вошли Е.А. Осипов, Ф.Ф. Эрисман, Е.А. Демен-

тьев, А.В. Погожев, И.В. Попов. В 90-е гг. на должности санитарных врачей были избраны П.И. Куркин, М.Ф. Соснин, А.И. Скибневский.

Как писал видный деятель общественной медицины С.И. Мицкевич, Московское санитарное бюро «было своего рода лабораторией московской земской медицины и, пожалуй, и общероссийской, так как по земской медицинской организации Московской губернии старалась равняться вся земская Россия» [7]. Чтобы ознакомиться с работой Московской санитарной организации в Москву часто приезжали земские врачи других губерний. Так, руководитель петербургской земской санитарной организации И.А. Дмитриев приезжал в Москву в 1884 г., и Е.А. Осипов снабдил его образцами регистрационных карт и ведомостей для статистических разработок. Херсонский санитарный врач М.С. Уваров также консультировался с Ф.Ф. Эрисманом, разрабатывая свою программу обследования пришлых сельскохозяйственных рабочих.

Московские земские санитарные врачи внесли огромный вклад в изучение естественного движения населения, общей и профессиональной заболеваемости, физического развития, условий труда и быта населения, обращаемости его за медицинской помощью, состояния учебных заведений (П.А. Песков, В.А. Левицкий, П.И. Куркин, Н.Д. Соколов, А.И. Скибневский, П.И. Глушановская-Яковлева и др.). Значительный шаг в развитии отечественной санитарной статистики был сделан последователем Е.А. Осипова П.И. Куркиным, с 1896 г. возглавлявшим медико-статистический отдел Московского губернского санитарного бюро. П.И. Куркин обосновал метод выборочного исследования отдельных населенных пунктов и групп населения (1908–1910). В 1912 г. он создал замечательную по полноте и замыслу схему построения земской санитарной статистики [8].

Следует также отметить, что, начиная с 1876 г., в Московской губернии было проведено наибольшее число земских губернских врачебных съездов – 18. На московских земских съездах, как правило, присутствовало много врачей из соседних губерний. Так, молодой врач Д.Н. Жбанков из Рязанской губернии, будущий выдающийся деятель земской медицины, многому научился на этих съездах и использовал московский опыт в своих исследованиях.

Ф.Ф. Эрисман председательствовал на девяти московских съездах (V–XIII). Предпринятые по почину Московских губернских съездов школьно-санитарные работы нашли в его лице компетентного ученого-теоретика. Будучи одновременно с работой в Московском земстве профессором кафедры гигиены Московского университета (1882–1996), Ф.Ф. Эрисман проводил в своей лаборатории санитарные исследования для московской земской организации.

Исследования, выполнявшиеся под руководством Е.А. Осипова и П.И. Куркина, были высоко оценены не только в России, но и за рубежом. Видный немецкий гигиенист Е. Ресле, ознакомившись с 193 томами изданий

санитарной комиссии Московского губернского земства, признал, что «Россия здесь идет впереди всех стран со своей поистине величавой организацией медицинской земской статистики и создала такие образцы постановки дела (имеется в виду индивидуальная посемейная регистрация), которые до недавнего времени в Германии считались утопией». [9]

Важными направлениями работы московской санитарной организации были также борьба с эпидемиями, улучшение водоснабжения, распространение гигиенических знаний среди населения. К 1910 г. в 111 земских лечебницах Московской губернии имелись инфекционные отделения. В 1882 г. Московским губернским земством был открыт оспенный телятник, бесплатно снабжавший оспенным детритом уезды. По примеру Московского земства свои телятники стали устраивать и другие земства. С 1892 г. в задачи практической санитарии был включен вопрос об улучшении водоснабжения. С этой целью были разработаны правила по состоянию водоснабжения, охране питьевых вод, устройству колодцев и др.

В годы перед Первой мировой войной земская санитарная организация Московской губернии включала в себя: губернский санитарный совет; губернское санитарное бюро, являвшееся исполнительным органом санитарного совета и санитарным отделом губернской земской управы; постоянную эпидемическую организацию; 14 санитарных врачей, работавших в 13 уездах Московской губернии; уездные санитарные советы. В составе санитарного бюро был организован специальный гидротехнический отдел.

С 80-х гг. в Московской губернии началась специализация земских врачей. Ранее других отраслей в земской медицине выделилась хирургия, чему способствовало утверждение стационарной системы организаций помощи населению. Одной из основоположниц земской хирургии была А.Г. Архангельская, работавшая с 1883 г. в Петровской больнице. Она делала до 700 операций в год. Созданная ею больница считалась образцовой. Наряду с хирургией в земской медицине довольно рано выделилась акушерская помощь. Показательно, что к концу земского периода в Московской губернии акушерские койки составляли свыше 12%.

В области организации психиатрической помощи населению заслуживают внимания статистические исследования по изучению распространенности психических заболеваний в губернии (1893). Заметный вклад Московское земство внесло и в борьбу с сифилисом. Уже на 1 съезде врачей Московской губернии сифилис был выделен из группы венерических заболеваний, а в 1885 г. на VIII съезде уже разделен на отдельные формы. С 1883 г. на всех врачебных пунктах Московской губернии регистрация сифилиса проходила по единой системе [10].

Москва стала местом проведения девяти Пироговских съездов, ставших трибуной земской медицины, а также была избрана местом пребыва-

ния Правления Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова и издания его журнала. В Правлении Пироговского общества работали выдающиеся деятели земской медицины: Ф.Ф. Эрисман, Е.А. Осипов, И.В. Попов, П.И. Куркин, Д.Н. Жбанков, М.С. Уваров, А.В. Мольков и др. Представители московской земской организации играли ведущую роль в работе секции общественной медицины Пироговских съездов и во всех наиболее важных начинаниях Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова.

На втором Пироговском съезде (1887) Е.А. Осипов сформулировал программу секции общественной медицины, включавшую в себя основы земской и городской медицины и санитарии. В соответствии с ней Пироговские съезды дали земской медицине программу деятельности участкового и уездного санитарных врачей, определили функции санитарно-статистических бюро, разработали современную номенклатуру болезней, поставили на повестку дня создание земской специализированной медицинской помощи, разработали указания по борьбе с малярией и туберкулезом и другими заболеваниями, предложили рациональные способы организации родовспоможения.

Этот же съезд поручил Ф.Ф. Эрисману и Е.А. Осипову составить «программу собирания сведений и составления свода по состоянию земской медицины в ее историческом ходе». Практическим выходом из программы стало издание «Земско-медицинского сборника», содержащего сведения по всем 369 уездам 34 губерний земской России. Составителем сборника был назначен Д.Н. Жбанков, а редакторами – Ф.Ф. Эрисман и Е.А. Осипов. Работа над сборником проводилась в Московской губернской земской организации. Продолжением и завершением земско-медицинского сборника явился труд Е.А. Осипова, И.В. Попова и П.И. Куркина «Русская земская медицина» (1899), подготовленный к XII Международному съезду врачей в Москве. В этом издании, осуществленном Пироговским обществом совместно с Московским земством, наряду с обзором развития земской медицины в России, содержался подробный очерк по земскому делу в Московской губернии. Эти книги сыграли огромную роль в распространении передового опыта в земской медицине и впервые дали достоверную картину развития земской медицины к началу 90-х гг. XIX в.

Подготовка медицинского персонала для работы в земских учреждениях была острой проблемой. Преподаватели медицинского факультета Московского университета, особенно Ф.Ф. Эрисман, старались привить студентам навыки общественной деятельности. Из стен университета вышли такие известные земские врачи и общественные деятели, как А.И. Шингарев, С.И. Мицкевич, З.П. Соловьев, Н.А. Семашко, И.В. Русаков, А.В. Мольков. С середины 80-х гг. подготовка и усовершенствование земских врачей начали занимать видное место в деятельности московской клинической профессу-

ры. Неслучайно акушер-гинеколог профессор В.Ф. Снегирев посвятил свой труд «Маточные кровотечения» (1885) русским земским врачам. Под его руководством при Московском университете в 1896 г. был открыт институт усовершенствования врачей. При приеме в него преимущество отдавалось земским врачам. Профессора-хирурги П.И. Дьяконов, Н.В. Склифосовский, А.А. Бобров, невропатолог А.Я. Кожевников, окулист А.А. Маклаков консультировали земских врачей по воскресеньям, отводили им рабочие места в своих клиниках. П.И. Дьяконов часто выезжал на врачебные земские участки. Большую помощь он оказал А.Г. Архангельской в организации образцовой Петровской земской больницы с хирургическим отделением.

С конца XIX в. как неперемное условие претворения в жизнь задач земской медицины утверждалась коллегиальность управления земской медициной через губернские и уездные санитарные советы и съезды врачей, привлечение местной общественности к решению санитарных проблем. Московский земский врач В.С. Лебедев писал по этому поводу в «Журнале Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова»: «Только при этом условии врач становится не чиновником, формально относящимся к своим обязанностям, а земским работником, сознательным и преданным участником в общественной работе». Формулируя основополагающие принципы земской медицины, он писал: «Бесплатная компетентная врачебная помощь всему населению и оздоровление в широком смысле условий жизни и работы населения – как цель; коллегиальность, гласность, деятельность, доступная общественному воздействию и контролю, как средство – вот на чем зиждется земская медицина, таковы ее непоколебимые устои, выработанные жизнью и отвечающие интересам народа» [11].

Интересно, что земские врачи Московской губернии для обсуждения текущих медико-санитарных проблем встречались 4 числа каждого месяца в неофициальной обстановке за дешевым ужином в ресторане гостиницы «Славянский базар» на Никольской улице, недалеко от Кремля, о чем писал присутствовавший на этих заседаниях Д.Н. Жбанков в годы его работы над «Земско-медицинским сборником» [12].

Таким образом, Московская земская медицинская организация сыграла важную роль в развитии земской медицины в России. Строго научные методические подходы к оценке общественного здоровья, разработанные Е.А. Осиповым и П.И. Куркиным, легли в основу программ изучения заболеваемости населения во многих губерниях и способствовали формированию общественной гигиены как научной дисциплины.

Литература:

1. *Егорышева И.В.* Вклад медицинской общественности в разработку основополагающих принципов земской медицины России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 1913; 6: 37-40.

2. Любимов П. К вопросу об устройстве врачебной части для народа // Московская медицинская газета. 1865; 2-11.
3. Осипов Е.И., Попов И.В., Куркин П.И. Русская земская медицина. М., 1899: 156.
4. Френкель З.Г. Очерки земского врачебно-санитарного дела в России. СПб., 1913: 11-12, 99-101, 121.
5. Правила по медико-статистической регистрации в земских, фабричных и других медицинских учреждениях Московской губернии. 2-е изд. М., 1886.
6. Станкова М.Е. Первые комплексные социально-гигиенические исследования условий труда и быта фабрично-заводских рабочих в России // Советское здравоохранение. 1974; 8: 82 – 87.
7. Мицкевич С.И. Записки врача-общественника. 2-е изд. М., 1969: 67.
8. Куркин П.И. Земская санитарная статистика. Опыт построения и схемы работ. М., 1912.
9. Цит.: Венгрова И.В., Шилинис Ю.А. Социальная гигиена в СССР. М., 1976: 46.
10. Сперанский Н.С. К статистике сифилиса в сельском населении Московской губернии. М., 1901: 15-16.
11. Лебедев В.С. Об основаниях для выработки плана организации общедоступной врачебной помощи в уездах // Журнал Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова. 1902; 3: 158-175.
12. Егорышева И.В., Отвагин И.В., Остапенко В.М., Коноплева Е.Л. «Мне так хотелось пойти в народ...» (врач Д.Н. Жбанков). Смоленск, 2014: 21.

ИЗ ИСТОРИИ МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА МОСКОВСКОГО УНИВЕРСИТЕТА: ФАКУЛЬТЕТСКАЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КЛИНИКА ПОСЛЕ Г.А. ЗАХАРЬИНА (КОНЕЦ XIX ВЕКА)

Бородулин В.И.

ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко»;

Пашков К.А.

Московский Государственный медико-стоматологический Университет имени А.И. Евдокимова;

Тополянский А.В.

Городская клиническая больница имени С.И. Спасокукоцкого;

Шадрин П.В.

*Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Минздрава России
(все – Москва, Россия)*

Естественно-научное развитие – по европейским образцам – клиники внутренних болезней в Российской империи проходило с начала 1860-х гг. одновременно в двух центрах: на кафедре факультетской терапии Императорского Московского университета (ИМУ) при Г.А. Захарьине, и в академической (факультетской) клинике Императорской Медико-хирургической академии (с 1881 г. Императорская Военно-медицинская академия, ИВМА) при С.П. Боткине. Как писал в 1894 г. видный представитель школы Захарьина профессор Н.Ф. Голубов, «Появление Захарьина и Боткина на кафедре терапевтической клиники знаменует собою... начало новой эпохи в клинической медицине в Москве и Петербурге. Старая клиника рухнула». Такая точка зрения господствует и сегодня как среди клиницистов, так и у историков медицины. Расцвет факультетской терапевтической клиники (ФТК) при Захарьине-реформаторе относится к 60-м – 70-м гг. XIX в.: исключительный диагностический талант и блестящие лекции профессора, интенсивная научная деятельность кафедры, разработанный Захарьиным анамнестический метод исследования больного и активная позиция в вопросах лечения и профилактики – все это способствовало всероссийской и европейской славе клиники Захарьина.

В 1980-е – 90-е гг. в обстановке государственных контрреформ, реакции и усилившихся протестных выступлений студенчества, с одной стороны, и в связи с хроническим болевым синдромом (из-за поражения седалищного нерва), перегруженностью обширной частной практикой, успешными финансовыми операциями – с другой, Захарьин становился в клинике все более редким гостем; в созданной им клинической школе культивировались подо-

бострастие к шефу и стяжательство; его общественно-политические взгляды отличались крайним консерватизмом, а характер – нетерпимостью, самодурством и чудачествами. Кумир студентов, теперь он неумолимо двигался к бойкоту его лекций, к разрыву с прогрессивно настроенными профессорами университета и к конфликту с городской врачебно-научной общественностью. В 1890-е гг. в новом клиническом городке на Девичьем Поле соседняя госпитальная терапевтическая клиника под руководством ставшего лидером российской терапии А.А. Остроумова явно опережала факультетскую клинику. Все это привело к тому, что в 1896 г. Г.А. Захарьин вышел в отставку; по его протекции руководство университета без конкурсных выборов назначило директором ФТК его ближайшего ученика П.М. Попова.

Профессор, действительный статский советник Петр Михайлович Попов (1862–1920) происходил из потомственной дворянской семьи, окончил Саратовскую гимназию, затем – ИМУ (1886) и был оставлен в клинике Захарьина; в 1887 г. получил место штатного ординатора, с 1890 г. он – сверхштатный ассистент профессора. В 1892 г. Попов защитил диссертацию (несмотря на отрицательный отзыв профессора К.М. Павлинова, отметившего слабость клинического раздела диссертации и неудовлетворительную защиту работы диссертантом,) на тему «Катар желудка. Экспериментальные, клинические и бактериологические исследования». После этого он был направлен в зарубежную научную командировку для подготовки к профессуре. Кроме трех публикаций по материалам диссертации, Попов напечатал в «Трудах физико-медицинского общества» статью «Средство Коха по опытам над животными» и ряд статей в немецких журналах по проблемам клинической биохимии, о лечебном применении «фовлерова» раствора мышьяка путем подкожного введения, об изменениях сердца при климаксе (1881–1908).

В 1894 г. П.М. Попова утвердили сверхштатным экстраординарным профессором, а в 1896 г. – штатным экстраординарным профессором ФТК ИМУ. Любимый ученик Захарьина, Попов был его доверенным лицом, помогал ему на приемах частной врачебной практики, сопровождал его при визитах к высокопоставленным пациентам. Вскоре после возвращения из зарубежной командировки он вместе с Захарьиным сопровождал императрицу Марию Федоровну в ее поездке на Кавказ, затем выполнял обязанности лечащего врача великого князя Георгия Александровича, болевшего туберкулезом легких. Осенью 1894 г., во время смертельной болезни Александра III (Г.А. Захарьин и выдающийся берлинский клиницист Э. фон Лейден подтвердили поставленный лейб-хирургом Г.И. Гиршем диагноз хронического нефрита), Попов по поручению Захарьина неотлучно находился при Императоре в Ливадии в качестве лечащего врача. После кончины Александра III он был всемилостивейше пожалован званием почетного лейб-медика Двора Его Императорского Величества.

В факультетской терапевтической клинике ИМУ, к середине 90-х гг. XIX в. пришедшей в упадок, с приходом нового руководителя – П.М. Попова мало, что изменилось. Это понятно, поскольку он воспринимался как ближайший сподвижник Захарьина, от которого нельзя было ждать реформирования кафедры. Неприятие «захарьинских порядков» в клинике и его интриг в университете, бойкот лекций продолжались и при Попове. Поскольку работа любой клиники характеризуется состоянием учебного, лечебного и научного процессов, обратимся к данным отчетов ИМУ за 1897–1899 гг.

«Факультетская терапевтическая клиника. В терапевтическом отделении факультетской клиники с 1 декабря 1896 г. по 1 ноября 1897 г. находилось 67 кроватей для больных обоого пола; с 1 же ноября 10 кроватей уступлены для параллельного курса профессора Шервинского. В течение 1897 г. <...> состояло больных 279 чел.; из них выздоровело или получило облегчение 215, умерло 24, осталось к 1 декабря 1897 г. – 40. Больных, приходящих за советами, было 3052. Инструментов и аппаратов находилось 139; вновь приобретено 9. В библиотеке имеется 195 сочинений (в 259 томах) и получается 17 повременных изданий. Факультетской терапевтической клиникой заведовал экстраординарный профессор Попов; ассистентами были: штатным – доктор медицины Поляков, сверхштатными – Ерофеев, Егоров и Серебрянников; ординаторами были штатными – Кожевников и Михайлов <...> В бактериологической лаборатории ФТК, находящейся во временном заведовании ассистента клиники Полякова, 11 врачей занимаются разработыванием специальных вопросов по бактериологии. Вивисекции, а также опыты над животными с действием культур патогенных микроорганизмов проводятся в помещении института общей патологии, предложенном для этой цели ординарным профессором Фохтом». Профессор Попов напечатал статью о гастрите в немецком «Журнале клинической медицины»; ассистент Поляков – статью о лечении экссудативных плевритов салициловым натром в «Архиве патологии, клинической медицины и бактериологии». В 1898 г. профессор Попов издал «Труды Факультетской терапевтической клиники», в том числе со своими статьями об остром инфекционном миокардите и пернициозной анемии и со статьями Егорова о лечении экссудативных плевритов салолом и Серебрянникова о мочеvine при циррозах печени».

Профессор П.М. Попов читал по 6 лекций в каждом полугодии. Параллельные курсы факультетской терапии читали конкуренты Попова – ординарные профессора В.Д. Шервинский и К.М. Павлинов; при этом объем курса у Павлинова был вдвое больше (12 лекций в полугодие). Только после перехода на параллельную кафедру госпитальной терапии (1899) ординарный профессор Попов стал читать курс из 10 лекций в каждое полугодие.

Из университетских отчетов видно, что лечебная и научная деятельность кафедры соответствовала университетским требованиям, но учебный про-

цесс имел условный характер: из-за бойкота лекций студентами профессор читал их практически в пустой аудитории. В сложившейся ситуации наладить работу кафедры было чрезвычайно трудно. О крайне неблагоприятной обстановке на медицинском факультете убедительно рассказал сам Попов в письме отцу от 18 октября 1898 г.: «Я не писал Вам за все это время, так как не хотелось делиться с Вами неприятными сообщениями о моем положении в университете. С начала учебного года, как и раньше, интриги против меня возобновились. Руководители студентов стали оказывать давление на тех из них, которые записались на мои лекции, и всячески старались оставить меня без слушателей. Это отчасти им и удалось: из записавшихся на мой курс не сбежали каким-то чудом всего пять человек, а остальные, повинувшись давлению руководителей и страха ради (в чем их, конечно, трудно винить) переписались на лекции моих конкурентов. Это было бы с полгоря, ибо и пять человек все же лучше, чем один, как в прошлом году, так что и эти пять человек говорили бы за успех мой, если бы не <...> состоялась на этих днях сходка, на которой порицалось поведение моих слушателей, и в конце концов с них взято слово, что с будущего полугодия (с нового года) я останусь без слушателей».

Сдаваться профессор не собирался, о переходе в другой университет не хотел до поры до времени и думать, получал «жалованья 1600 руб., столовых 200 р. и квартирных 200 р.», занимался успешной частной практикой, но деньги не копил и не тратил на приобретение недвижимости, а расходовал на развлечения. По его собственному признанию студентам в конце его жизни (в 1920 г. он был утвержден директором госпитальной терапевтической клиники на Девичьем Поле, однако в декабре того же года скончался), «жизнь его заполняли три страсти – лошади, женщины и медицина».

Следует отметить, что сохранилось ценное свидетельство академика А.Л. Мясникова, одного из лидеров клиники внутренних болезней в СССР в середине XX в., вспоминавшего об успехе лекций П.М. Попова: «В Ново-Екатерининской больнице преподает внутренние болезни профессор Петр Михайлович Попов – хромой гигант, важный барин с красивой головой, бывший лейб-медик царя, ученик Захарьина. Его лекции мы слушаем как-то даже торжественно, хотя ничего, кажется, особенного в них нет, говорит просто и неторопливо, без лишних слов».

Возрождение славы факультетской терапии ИМУ началось в самом конце XIX в., когда П.М. Попов в 1899 г. был назначен главным врачом Ново-Екатерининской больницы и сверхштатным ординарным профессором созданной в больнице параллельной госпитальной терапевтической клиники, освободив должность директора ФТК, а на его место избрали профессора Василия Дмитриевича Шервинского (1850–1944). Вместе с ним в 1899 г. на кафедру факультетской терапии перешел и его ассистент, а в дальней-

шем – преемник Леонид Ефимович Голубинин (1858–1912): «С 20 августа 1899 г. клиника перешла в ведение ординарного профессора В.Д. Шервинского. Штатным ассистентом состоит д-р медицины Голубинин, сверхштатными – лекаря Лавровский, Зубков и Серебренников...».

С этого времени начался новый период в истории ФТК (1899–1912), когда она вновь заняла место одной из лидирующих в отечественной терапии клиник, и когда сформировалась одна из ведущих отечественных терапевтических школ первой половины XX в. – научная клиническая школа В.Д. Шервинского – Л.Е. Голубинина. Однако это – тема другого исследования, результаты которого авторы надеются представить в следующем альманахе РОИМ.

СТАНОВЛЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ КАК НАУКИ И ПРЕДМЕТА ПРЕПОДАВАНИЯ В МОСКОВСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

Затравкин С.Н., Сточик А.М.

ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко» (Москва, Россия)

I. Первые шаги по внедрению патологической анатомии в учебный процесс в Московском университете

Внедрение патологической анатомии в учебный процесс на медицинском факультете Московского университета началось в первом десятилетии XIX в. и стало результатом инициативных шагов, предпринятых профессором патологии, терапии и клиники М.Я. Мудровым (1776–1831). Первым таким шагом стало направленное им в 1805 г. из Парижа попечителю Московского университета М.Н. Муравьеву письмо, включавшее в себя развернутый план первоочередных преобразований, направленных на совершенствование преподавания в Московском университете «практических (рукодеятельных) наук», к числу которых он отнес 5 самостоятельных врачебных дисциплин: анатомию, хирургию, повивальное искусство, судебную медицину, а также «Круг Анатомии Врачебной или Патологической» [1].

Главная цель, которую преследовал М.Я. Мудров в отношении патологической анатомии, заключалась в том, чтобы «учитывая новость сего учения... убедить в необходимости онаго»: довести до сведения руководителей университета роль и значение патологической анатомии в развитии медицины. «Есть много вещей, – писал, в частности, М.Я. Мудров, – до коих мы не доходим в живом теле по причине противоречащих перемен, по обманам боли, часто являющейся в отдаленности от гнезда болезни, по несовершенству языка больных, рассказывающих свои страдания по их предрассудкам о существе болезни, и по вопросам врачей, которые часто делают экзамен болезни в сообразности их любимой теории. По крайней мере, над трупом мы будем ближе подходить к истине, исследуя произведение болезни и сравнивая минувшие явления с существом оной. Разбогатев в сих данных истинах, кои суть награда беспрестанных трудов, мы дойдем со временем до важных открытий, кои полезнее будут для Патологии Хирургической, чем все теории. Вот что раскрывает существо болезни и их форму!» [1]. М.Я. Мудров также отметил, что в медицинских школах Франции и Германии патологическая анатомия преподается либо профессором анатомии, либо профессорами клинических дисциплин⁴⁴. Преподавание ведется только на фактическом материале: «Либо свежие трупы умерших в Госпиталях, над коими поверяют процесс лечения исследованием разрушенных частей; либо препараты

⁴⁴ М.Я. Мудров посещал занятия Ю. фон Лодера в Галле, Г. Дюпюитрена и П. Порталья в Париже.

сих частей, обработанные в виде поучительного и с описанием сохраненные в Патологическом Кабинете; либо восковые фантомы редких болезней. Ни рисунки, ни самая живопись не могут их заменить» [1].

Сохранившиеся документы свидетельствуют, что письмо М.Я. Мудрова достигло своей цели. «Иван Венсович, – читаем мы в расписаниях лекций медицинского факультета Московского университета за 1805/06 учебный год, – будет излагать анатомию по руководству Пленка с кратким объяснением частей тела и в соответствующих случаях будет объяснять своим слушателям судебное вскрытие тел, направляя их внимание преимущественно на причины внезапной смерти на трупах, надлежаще приуроченных для этих целей доктором медицины и прозектором Алексеем Данилевским, а также на частные патологические недостатки тела...» [2]. На будущий год профессор анатомии Московского университета И.Ф. Венсович (1769–1811) и прозектор А.И. Данилевский (1770–1815) вновь подтвердили свое намерение «устремлять внимание слушателей своих как на судебный осмотр тел, так и на встречающиеся в них иногда патологические недостатки» [3]. Начиная И.Ф. Венсовича поддержал и профессор повивального искусства В.М. Рихтер (1767–1822). Так, в частности, известно, что в лекционной аудитории открытого в январе 1806 г. Повивального института он поместил значительное число различных анатомических и патологоанатомических препаратов, которыми пользовался при чтении лекций по акушерству, детским и женским болезням. Источник этих препаратов достоверно неизвестен, однако нельзя исключить, что они были изготовлены А.И. Данилевским, который в то время был не только прозектором кафедры анатомии, но и адъюнктом повивального искусства на кафедре у В.М. Рихтера.

После возвращения в 1809 г. М.Я. Мудрова из заграничной командировки в Москву преподавание элементов патологической анатомии было организовано и на кафедре патологии, терапии и клиники. Уже в 1811 г. М.Я. Мудров осуществил масштабную ревизию содержания преподавания на своей кафедре с тем, чтобы на фоне внедрения клинического преподавания обеспечить как можно более широкое ознакомление студентов с достижениями и возможностями патологической анатомии. Так, начиная с 1811/12 учебного года, М.Я. Мудров в качестве основы своего курса избрал руководства И.П. Франка «De curandis hominum morbis epitome: praelectionibus academicis dicata» (1794) и своего друга Й. Франка «Praxeus medicinae universae graeseperta» (1811), что было практически равнозначно введению преподавания прикладного курса патологической анатомии.

Однако при всей важности этого нововведения М.Я. Мудров прекрасно сознавал его недостаточность для становления патологической анатомии в Московском университете. Как уже отмечалось, еще в письме 1805 г. он особо подчеркивал, что патологическая анатомия должна обязательно пре-

подаваться практически на препаратах или у секционного стола. В 1818 г. он вновь подтвердил свою убежденность в том, что студенты должны не только слышать от профессора о различных патологоанатомических феноменах, встречающихся в тех или иных клинических случаях, но и своими глазами видеть патологоанатомическую картину болезней, и призвал коллег к тому, чтобы они стремились обеспечить своим слушателям такие возможности. «Если та болезнь преобедит жизненные силы больного, – писал он в составленной в декабре 1818 г. записке министру народного просвещения “О клинических институтах вообще”, – то в присутствии всех учащихся, кои внимательными глазами наблюдают ход болезней и способ врачевания, рассекается труп, дабы увериться в причине смерти и узнать место болезни» [4].

А вот этого-то М.Я. Мудрову долгое время осуществить не удавалось. У М.Я. Мудрова не было ни патологоанатомического музея, ни трупов, на которых он мог бы демонстрировать студентам «дезорганизованные остатки», и за счет которых он мог бы создавать музей. Как свидетельствуют отчеты о работе клинических институтов Московского университета, ежегодно направлявшихся в Министерство народного просвещения, за период с 1815 по 1818 г. в Клиническом институте, находившемся в управлении М.Я. Мудрова, умерли 3 больных, в Хирургическом у И.Ф. Гильтебрандта (1773–1845) за тот же период времени – четверо больных [5].

Положение дел с наглядностью обучения патологической анатомии в Московском университете начало постепенно меняться в лучшую сторону только после 1819 г., когда пост профессора анатомии университета занял Ю.Х. Лодер (1753–1832). Тот самый Ю.Х. Лодер, на патологоанатомический курс которого с использованием препаратов богатейшего анатомического музея в Гальском университете, М.Я. Мудров ссылался как на образец практического преподавания патологоанатомической анатомии еще в 1805 г. в своем письме к попечителю Московского университета. Тогда же в 1819–1820 гг. знаменитая коллекция анатомических препаратов Ю.Х. Лодера была выкуплена императором Александром I для Московского университета.

Ю.Х. Лодер и М.Я. Мудров быстро нашли общий язык, в том числе и в вопросах преподавания патологической анатомии. На первых порах М.Я. Мудров стал посещать вместе со своими студентами лекции и практические занятия Ю.Х. Лодера. В 1825 г. не без участия и одобрения Ю.Х. Лодера он представил сначала Совету Московского университета, а потом и министру народного просвещения особое мнение «Об учреждении новой кафедры для Анатомии Патологической и для Физиологии Сравнительной», в котором обстоятельно аргументировал необходимость создания специальной кафедры для преподавания патологической анатомии. На место про-

фессора предлагаемой кафедры М.Я. Мудров рекомендовал Ю.Х. Лодера: «Образовать же такую кафедру в Московском университете и дать ей должное направление и блеск, я надеюсь, согласится г. лейб-медик Лодер – знаток в анатомических делах всякого рода, если только правительству благоугодно будет ему препоручить сие важное дело» [6].

Совет Московского университета не поддержал инициативу М.Я. Мудрова, на что последовала немедленная ответная реакция. Начиная с 1825/26 учебного года М.Я. Мудров и Ю.Х. Лодер каждый на своей кафедре приступили к систематическому преподаванию патологической анатомии: Ю.Х. Лодер объявил, что «... будет преподавать... Анатомию тела человеческого... к чему присовокупит Анатомию Патологическую и науки сии будет объяснять препаратами из Анатомического Университетского Кабинета», а М.Я. Мудров в свою очередь – что «... будет преподавать Частную медицину Клиническую по руководству Йозефа Франка при постелях больных, в Клиническом институте лежащих. В исследовании болезней и их определении, следуя аналитическому способу, место болезней и их свойства будет означать и объяснять из новейших начал Анатомии Патологической» [7]. Более того, в 1826 г. М.Я. Мудров в письме Совету Университета сообщил, что он полностью переработал свой курс в соответствии с новейшими достижениями патологической анатомии [8]. К 1828 г. удельный вес патологоанатомических сведений в читавшемся им курсе частной патологии, терапии и клиники, по видимому, стал настолько большим, что М.Я. Мудров даже переименовал его в курс «Частной патологии, Терапии и Клиники с Анатомико-патологическими демонстрациями» [9].

Начиная с 1825/26 учебного года преподавание патологической анатомии на медицинском факультете Московского университета более не прерывалось, и 1825 г., таким образом, стал рубежным в становлении патологической анатомии в Московском университете – годом начала систематического преподавания элементов патологической анатомии в курсах нормальной анатомии и клиники внутренних болезней.

II. Организация преподавания самостоятельного курса патологической анатомии

Деятельность М.Я. Мудрова и Ю.Х. Лодера изменила позицию профессоров медицинского факультета Московского университета в отношении роли и значения патологической анатомии во врачебном образовании. Если в 1825 г. Совет медицинского факультета не поддержал инициативу М.Я. Мудрова, то к началу 30-х гг. профессора факультета не только полностью признали целесообразность введения преподавания патологической анатомии, но даже сами активно поднимали вопрос о необходимости организации такого курса. В частности, в 1832 г. с подобными инициативами

выступили профессора А. Е. Эвениус (1795–1872), П. П. Эйнбордт (1802–1840), А.А. Иовский (1796–1857) [10].

Однако, как свидетельствуют обнаруженные архивные документы, к началу 30-х гг. XIX в. вопрос об организации в Московском и других российских университетах отдельного курса патологической анатомии был уже практически решен. Ключевую роль в этом сыграл Ю.Х. Лодер. В 1829 г. в ходе обсуждения основных положений нового общероссийского университетского Ю.Х. Лодер в ответ на именной запрос министра народного просвещения представил свой проект учебного плана для медицинских факультетов, предусматривавший введение преподавания самостоятельного курса патологической анатомии в рамках кафедры анатомии нормальной [11].

Проект Ю.Х. Лодера был признан лучшим из всех представленных на рассмотрение Министерства народного просвещения, и после внесения в него некоторых исправлений, не коснувшихся вопросов преподавания патологической анатомии, был взят за основу раздела о медицинском факультете «Общего Устава Императорских Российских Университетов», утвержденного императором в 1835 г. [12].

Преподавание задуманного Ю.Х. Лодером и поддержанного профессорами Московского университета самостоятельного курса патологической анатомии начал в 1837/38 учебном году ученик Ю.Х. Лодера профессор П.П. Эйнбордт. Каких-либо данных о том, как и что читал П.П. Эйнбордт в рамках этого курса, обнаружить не удалось. Однако, если судить по расписаниям лекций медицинского факультета Московского университета, разработать эффективную методику и организовать преподавание патологической анатомии в соответствии с современным уровнем развития этой науки удалось лишь его преемнику профессору Л.С. Севруку (1806–1853).

Курс патологической анатомии, читавшийся Л.С. Севруком с 1840 по 1849 г., состоял из трех основных разделов: теоретического, практических занятий в клинической прозектуре и «анатомических демонстраций студентам на трупах». В качестве основы теоретического курса Л.С. Севрук избрал материалы целого ряда патологоанатомических сочинений (Г. Андраль, К. Бок, Ж. Крювелье, К. Лобштейн, И. Меккель, Д. Б. Морганьи, И. Мюллер), что позволило ему не только отобрать для слушателей наиболее объективные данные, но и на основе сопоставления точек зрения ведущих патологоанатомов Европы конца XVIII – начала XIX в. показать основные направления развития этой науки в прошлом и настоящем. Являясь не только профессиональным морфологом, но и клиницистом, Л.С. Севрук уделял внимание как самим морфологическим изменениям органов, так и их связи с проявлениями того или иного заболевания. «Патологическая анатомия, – писал Л.С. Севрук, – была бы наука мало занимательная и даже не весьма полезная, если бы она ограничивалась исследованиями одних только болез-

ненных изменений и объяснением трупных явлений» [13]. Поэтому в ходе практических занятий он требовал от студентов, чтобы они еще до вскрытия на основе предварительного ознакомления с историями болезней, тщательного внешнего исследования трупа определяли характер и степень органических изменений. «По части труписследования в госпитальной клинике, производимого профессором Севруком,.. обращается внимание слушателей преимущественно на наружность субъекта, располагающую его к тем или другим болезням, на общие или частные признаки такого расположения, взятые как из самого организма, так и из оставшихся следов предшествовавшей болезни субъекта или его лечения; из таковых признаков заставлял профессор своих слушателей заключать о внутреннем повреждении органов, о месте, степени и пространстве повреждения и о страдании других систем или частей тела» [14].

В десятом полугодии, т. е. после изучения всех медицинских дисциплин, Л.С. Севрук «...слушал анатомические демонстрации студентов на трупах», что позволяло выявить уровень подготовки выпускников университета в целом и в области патологической анатомии в частности и в случае необходимости вносить коррективы в читавшийся им курс [15]. Забегая вперед, отметим, что разработанная Л.С. Севруком методика в дальнейшем успешно использовалась для преподавания патологической анатомии первым профессором кафедры патологической анатомии А.И. Полуниным (1820–1888).

Одновременно с этим, благодаря деятельности профессоров терапевтических клиник Г.И. Сокольского (1807–1886) и А.И. Овера (1804–1864), было продолжено и получило дальнейшее развитие начатое М.Я. Мудровым преподавание клиники внутренних болезней в тесной связи с достижениями патологической анатомии. Ведущими направлениями деятельности профессора кафедры частной патологии, терапии и клиники Г.И. Сокольского были патологическая анатомия и методы физического обследования больного, их усовершенствование и установление связи между аускультативными и перкуторными феноменами и лежащими в их основе морфологическими изменениями органов. Г.И. Сокольский выполнил ряд крупных исследований, составляющих приоритет русской науки. В 1838 г. в труде «Учение о грудных болезнях» Г.И. Сокольский независимо от Ж.-Б. Буйо описал ревматизм как общее, а не только мышечно-суставное, заболевание с преимущественным страданием сердца. Он детально описал клинико-анатомические признаки поражения его оболочек и указал, что «большая часть органических пороков сердца происходит от... неправильного лечения ревматизма» [16].

Накопленные в ходе многолетних занятий сведения по патологической анатомии различных болезней Г.И. Сокольский широко использовал в изложении курса своей дисциплины. Считая, что «анатомия патологическая не имела никакого достоинства в глазах врачебной публики, пока ею занимались

отдельно от врачебной науки», он приводил данные, «на коих можно было основать диагностику, оценку припадков, семиотику и самое лечение болезней» [17]. Такой подход к изложению вопросов, связанных с патологической анатомией, несомненно, способствовал росту интереса врачей к этой науке, осознанию необходимости ее изучения и применения на практике.

Метод клинико-анатомических сопоставлений был внедрен в преподавание внутренней медицины и в терапевтической клинике профессора А.И. Овера. Практически каждый умерший в клинике подвергался патологоанатомическому вскрытию в присутствии студентов. В изложении своего курса А.И. Овер использовал не только данные литературы, которую знал в совершенстве, но и материалы, собранные им самим в ходе многолетних занятий патологической анатомией. Результатом научных исследований А.И. Овера в области патологической анатомии явилось создание 4-томного патологоанатомического атласа «*Selecta praxis medico-chirurgicae*», вышедшего в свет в 1848–1852 гг. Это сочинение, содержащее почти полное собрание наблюдений ученого, было признано всем научным миром, отмечено правительственными наградами большинства стран Европы, включая Ватикан, и по праву относится к приоритетам русской науки.

К началу 40-х гг. XIX в. преподавание клинических дисциплин в Московском университете стало уже невозможным без широкого привлечения сведений из патологической анатомии, без систематического проведения контрольно-диагностических вскрытий умерших в клиниках. Для большинства профессоров стало очевидным, что патологическая анатомия не только дает материал для объяснения тех или иных проявлений отдельных болезней, но и служит фундаментом всей клинической медицины.

III. Создание кафедры патологической анатомии

Решение вопроса о создании в российских университетах кафедр патологической анатомии связано с именем выдающегося российского ученого, хирурга, общественного деятеля профессора Н.И. Пирогова (1810–1881). В 1841 г. он был назначен членом Временного медицинского комитета, организованного при императоре для проведения реформы медицинского образования в России. В связи с созданием нового медицинского факультета в Университете Св. Владимира в Киеве Н.И. Пирогов подал несколько докладных записок, в которых поставил допрос о необходимости создания кафедры патологической анатомии и патологической физиологии. «Ни одна наука в медицине, – писал Н.И. Пирогов, – не способствует столько изощрению чувств и не привлекает к наблюдению и опыту, как патология в нашем смысле, т. е. патологическая анатомия и физиология, взятые вместе» [18].

Временный медицинский комитет и Министерство народного просвещения поддержали это предложение, и высочайше утвержденным 15 июня

1842 г. новым уставом и штатами в Университете Св. Владимира предусматривалось создание кафедры «физиологии больного человека, или патологической, с патологической анатомией» [19]. Поскольку новый медицинский факультет в Киеве был организован с таким расчетом, чтобы уже «при первом своем устройстве он мог служить образцом для других университетов страны» [20], создание аналогичной кафедры было предписано и Московскому университету. Произошло это в декабре 1845 г. после утверждения императором так называемого «Дополнительного постановления о медицинском факультете Императорского Московского университета».

В 1846 г. на место профессора кафедры был назначен адъюнкт факультетской терапевтической клиники А.И. Овера доктор И. Дитрих. Однако в ходеграничной командировки И. Дитрих скончался, и первым профессором кафедры патологической анатомии и патологической физиологии Московского университета в 1849 г. был избран адъюнкт госпитальной терапевтической клиники А.И. Полуниин.

Искренняя увлеченность патологической анатомией и блестящая подготовка, полученная А.И. Полуниним в лучших университетах Германии, Австрии, Франции, где он работал на кафедрах, в клиниках и институтах Г. Андраля, Ж. Буйо, И. Мюллера, Р. Ремака, К. Рокитанского, Й. Шкоды, позволили ему сравнительно быстро организовать преподавание патологической анатомии на достаточно высоком уровне. С 1849 по 1858 г. он читал курс патологической анатомии в соответствии с гуморальной патологией К. Рокитанского, а с 1858/59 учебного года – согласно целлюлярной патологии Р. Вирхова. Для того чтобы максимально облегчить студентам задачу «понимания новых воззрений», А.И. Полунин перевел на русский язык и опубликовал в приложении к издававшемуся им «Московскому врачебному журналу» 20 избранных лекций Р. Вирхова по курсу целлюлярной патологии.

А.И. Полунин постоянно стремился обеспечить максимально возможную наглядность преподавания. Во-первых, как следует из сохранившихся документов, в ходе занятий он «постоянно показывал анатомо-патологические препараты и рисунки Патологической Гистологии» [21]. Благодаря значительной работе, проводившейся им совместно с прозектором кафедры Н. Летуновым и помощником прозектора А. Орловским, количество «спиртовых» препаратов в музее анатомико-патологического кабинета увеличивалось с каждым годом на 30-50 единиц хранения, и концу 50-х гг. XIX в. коллекция насчитывала уже 437 препаратов. В 60-х гг. XIX в. А.И. Полунин смог добиться передачи в его распоряжение патологоанатомических коллекций госпитальных клиник, патологоанатомической части анатомического музея Ю.Х. Лодера и, наконец, после смерти А.И. Овера забрал к себе на кафедру его знаменитое собрание препаратов, муляжей и рисунков, сформировав в итоге лучший в России патологоанатомический музей. Параллельно

благодаря активности А.И. Полунина шло пополнение и библиотеки кафедры, в первую очередь за счет приобретения атласов.

Во-вторых, начиная уже с 1949/1850 учебного года и вплоть до начала 60-х гг. XIX столетия, А.И. Полунин «для пояснения некоторых важных патологических процессов» постоянно демонстрировал студентам опыты на животных, что подтверждается данными отчетов Московского университета [22].

В-третьих, А.И. Полунин организовал проведение практических занятий для обучения студентов навыкам проведения секционных исследований. На этих занятиях студенты по руководством профессора самостоятельно вскрывали трупы умерших в госпитальных клиниках, выявляли и описывали патоморфологические изменения. А.И. Полунин в случае необходимости исправлял сделанные студентами ошибки и в конце занятия разбирал данный «болезненный процесс в целости». «Студенты 5-го курса, по очереди, вскрывали умерших в Госпитальной Клинике и описывали найденное при вскрытии, – говорится, например, в “Отчете о состоянии и действиях Императорского Московского университета за 1849/50 академический и 1850 гражданский годы”. – До начала исследования трупа, повторялась история болезни умершего. Самое исследование производилось в следующем порядке: а) наружный осмотр; б) вскрытие полостей: 1) черепа, 2) груди, 3) живота. Кроме сих полостей, в тех случаях, где болезненные явления подозревались в других частях тела, и эти исследовались. На соки и вообще на так называемые жидкие части организма обращено было такое же внимание, как и на твердые. Профессор указывал явления незамеченные Студентом или неправильно обозначенные; останавливался на явлениях, Студентам неизвестных, и объяснял оные. Он не ограничивался определением причины смерти, а по окончании исследования трупа отделял явления существенные от менее важных и показывал их отношение между собою; сравнивал припадки, замеченные у больного, с анатомическими изменениями, открытыми в трупе, и указывал на их связь; рассуждал со Студентом о данном болезненном процессе в целости. Таким образом Патологическая анатомия преподавалась в связи с Клиническою Патологиєю» [23].

Отдельного упоминания заслуживает деятельность А.И. Полунина по пропаганде важности микроскопического метода исследования в патологии и обучению этому методу студентов медицинского факультета Московского университета. Напомним, что А.И. Полунин учился у И. Мюллера, Р. Ремака и К. Рокитанского и в совершенстве овладел как техникой приготовления гистологических препаратов, так и собственно микроскопическим методом исследования. Кроме уже упоминавшихся выше демонстраций студентам «рисунков Патологической Гистологии» на лекциях по общей патологии и общей патологической анатомии, он в ходе практических занятий по патологической анатомии «постоянно обращал внимание Студентов на тон-

чайшие изменения в строении, открываемые микроскопом, и упражнял их в производстве микроскопических исследований». С этой целью уже в 1850 г. по заявке А.И. Полунина для кафедры патологической анатомии и патологической физиологии были приобретены 3 микроскопа [24]. В 1857 г. он перевел, на собственные средства опубликовал и начал использовать в учебном процессе знаменитое руководство А. Келликера «Mikroskopische Anatomie, oder, Gewebelehre des Menschen». В 1860– 866 гг. к трем имевшимся на кафедре микроскопам были приобретены еще 15 [25].

Таким образом, имеющиеся в нашем распоряжении документы, относящиеся к деятельности А.И. Полунина на посту заведующего кафедрой патологической анатомии и патологической физиологии Московского университета в 50-х–60-х гг. XIX в., позволяют с уверенностью говорить о том, что медицинский факультет не ошибся в сделанном выборе. Молодой профессор блестяще справился с поставленной перед ним задачей. «Патологическую анатомию и общую патологию преподавал... профессор Полунин, – писал учившийся в эти годы на медицинском факультете Московского университета выдающийся российский клиницист профессор С.П. Боткин. – Проф. Полунин был в мое время одним из наиболее молодых профессоров, недавно вернувшихся из-за границы, и, без сомнения, имел наибольшее влияние на наше развитие...» [26].

IV. Возникновение первой научной патологоанатомической школы

Первая научная патологоанатомическая школа в стенах Московского университета возникла лишь в 70-х–90-х гг. XIX в. главным образом усилиями преемника А.И. Полунина на посту профессора кафедры патологической анатомии И.Ф. Клейна (1837–1922), возглавившего кафедру в 1869 г. Решающую роль в формировании научных и педагогических взглядов И.Ф. Клейна сыграла его трехлетняя (1864 – 1866) стажировка у Р. Вирхова, которого он считал и прямо называл своим учителем. Судя по всему, Р. Вирхов оценил талант И.Ф. Клейна. Во всяком случае, уже после возвращения И.Ф. Клейна в Москву он опубликовал результаты его научного исследования о почечных кистах на страницах своего знаменитого «Virchows Archiv» [27], что по свидетельству современников очень скоро сделало имя И.Ф. Клейна известным европейскому медицинскому сообществу [28].

Именно под влиянием идей Р. Вирхова сложились четыре главных научных направления патологоанатомической школы И.Ф. Клейна: патологическая гистология, бактериология, экспериментальная патология и разработка проблем клинко-анатомических корреляций.

Для реализации намеченной научной программы И.Ф. Клейн, во-первых, добился организации в Московском университете Патологоанатомического института (1891) как необходимой организационной и материально-техниче-

ской базы научной работы; во-вторых, по каждому из направлений привлек к работе и подготовил талантливых молодых врачей: М.Н. Никифорова (патологическая гистология и бактериология), В.И. Кедровского, Н.Ф. Голубова (бактериология), А.Б. Фохта (экспериментальная патология), В.Д. Шервинского, Н.Ф. Мельникова-Разведенкова (клинико-анатомические корреляции). С каждым из них он занимался сам и, кроме того, организовал им тематические заграничные научные командировки. Так, например, М.Н. Никифоров стажировался и работал в лабораториях Р. Вирхова, П. Эрлиха, Э. Циглера; А.Б. Фохт – К. Людвига, Ю. Конгейма; В.Д. Шервинский – Ю. Конгейма, Э. Вагнера, А. Штрюмпеля.

Наибольших научных успехов школа И.Ф. Клейна добилась в области патологической гистологии и бактериологии, где ей принадлежит ряд мировых приоритетов. Так, М.Н. Никифоров (1858–1915) в 1890 г. разработал и успешно апробировал методику культивирования анаэробов в камере в височной капле; изучив гистогенез грануляционной ткани, опроверг теорию Э. Циглера об участии лейкоцитов в ее образовании; первым описал гистогенез хориоэпителиомы, доказав ошибочность существовавших представлений об этой опухоли, считавшейся злокачественной децидуомой; выявил возбудителя возвратного тифа в ткани селезенки человека и дал объяснение возникновению некрозов селезенки при этом заболевании; для научных и педагогических целей изготовил уникальную коллекцию цветных диапозитивов гистологических препаратов, насчитывавшую более 4000 шт. и вызвавшую восхищение участников Всемирного съезда врачей. Ему же принадлежит заслуга составления первого отечественного учебника и атласа по патологической анатомии; руководств по гистологической и бактериологической практике, получивших широкое распространение и ставших классическими [29, 30].

В.И. Кедровский (1865–1937) первым в мире получил лабораторную культуру микобактерий лепры. Эта культура получила название «культура Кедровского» и в силу значительной морфологической и биохимической близости к микобактериям лепры, выделяемым у больных, стала самым популярным в международной лепрологии лабораторным штаммом. Первым в мировой науке он получил экспериментальную модель лепры на животных. В условиях господства в микробиологии учения Р. Коха о мономорфизме В.И. Кедровский высказал и доказал положение об изменчивости микобактерий лепры и туберкулеза и зависимости их свойств от внешних условий; выполнил комплексное патогистологическое исследование лепры, в результате которого опроверг положения А. Нейссера и Г. Гансена о том, что проказе несвойственны туберкулоидные изменения, и первым в мировой литературе дал описание трансформации туберкулоидной лепры в лепроматоз [31].

А.Б. Фохт справедливо считается основоположником клинико-экспериментального направления в отечественной патологии и отечествен-

ной экспериментальной кардиологии. Он разработал оригинальные экспериментальные модели заболеваний сердца (пороков клапанов сердца, эмболии коронарных сосудов, тампонады сердца, гидроперикарда, кардиосклероза и др.); выполнил приоритетные исследования патогенеза инфаркта миокарда, грудной жабы, кардиосклероза; установил зависимость распространенности некроза миокарда при эмболии коронарных артерий от степени развития коллатерального кровообращения и показал роль последнего в восстановлении нормальной деятельности сердца; изучил компенсаторную реакцию сердечно-сосудистой системы в ответ на эмболию легочных артерий и доказал, что изменения гемодинамики большого круга кровообращения в этих условиях носит рефлекторный характер, первым оценил роль интероцептивных импульсов в происхождении общих патологических нарушений кровообращения; создал учение о патологической трансудации (отеке и водянке). Под его руководством были выполнены первые отечественные экспериментальные работы по патологии желез внутренней секреции [32].

Н.Ф. Мельников-Разведенков (1866–1937) в 1896 г. предложил получивший широкое мировое признание метод обработки органов и частей трупа формалином, спиртом и смесью глицерина с уксусно-кислыми солями, обеспечивавший их сохранение в течение неограниченного времени в естественных цветах; впервые систематизировал имевшиеся в мировой науке данные об альвеолярном эхинококкозе; изучал этиологию, патогенез и патологическую анатомию трихинеллеза, актиномикоза, сибирской язвы, туберкулеза, сифилиса, азиатской холеры; описал морфологические особенности рабдомиомы сердца, ряда опухолей мозга и желудка [33].

Организация кафедры патологической анатомии и возникновение первой научной школы ознаменовали собой завершение периода становления и начало следующего этапа истории патологической анатомии в Московском университете – ее развития.

Литература

1. Письма М.Я. Мудрова к М.Н. Муравьеву // Чтения в Обществе истории и древностей российских. – 1861. – Кн. 3. – С. 48
2. Объявление о публичных учениях в Императорском Московском университете, преподаваемых с 1805 года Августа 17 по 1806 Июня 28, по назначению Совета. – М., 1805. – С. 7
3. Объявление о публичных учениях в Императорском Московском университете, преподаваемых с 1806 года Августа 17 по 1807 Июня 28, по назначению Совета. – М., 1806. – С. 7
4. Российский государственный исторический архив (РГИА), фонд 733, опись 99, дело 68, листы 221-221 оборот.
5. Центральный исторический архив города Москвы (ЦИАМ), фонд 459, опись 1, дело 1458, листы 35-36.
6. Отдел письменных источников Государственного исторического музея (ОПИ ГИМ), фонд 404, единица хранения 20, листы 32-35

7. Объявление о публичных учениях в Императорском Московском университете, преподаваемых с 17-го дня Августа 1825 по 28 Июня 1826 года, по назначению Совета. – М., 1825. – С.6-7.

8. ЦИАМ, фонд 418, опись 81, дело 1603, лист 5.

9. *Мудров М.Я.* Избранные произведения. – М., 1949. – С.273-274.

10. ОПИ ГИМ, фонд 404, дело 21, лист 43 оборот.

11. РГИА, фонд 737, опись 1, дело 87815, лист 16 оборот.

12. РГИА, фонд 737, опись 1, дело 87815, лист 38-40.

13. *Севрук Л.С.* Краткий взгляд на патологическую анатомию и способ ее изложения/ в кн.: Руководство к патологической анатомии, составленное К.Э. Боком. – М., 1853. – С.1

14. Биографический словарь профессоров и преподавателей Императорского Московского университета. – М., 1855. – Т.II. – С.410

15. Отчет о состоянии и действиях Императорского Московского университета за 1842/43 академический и 1843 гражданский год. – М., 1844. – С.16

16. *Бородулин В.И.* История клинической медицины. – М., 2008. – С.135

17. *Сокольский Г.И.* Исследования патологических свойств воспаления легочной и соседних с ней тканей с приложением к диагностике и терапевтике. – М., 1839. – С.39

18. РГИА, фонд 733, опись 99, дело 705, лист 85 оборот.

19. Сборник постановлений по Министерству народного просвещения. – СПб., 1876. – Т.II. – Ч.II. – С.16

20. Там же. – С.553

21. Отчет о состоянии и действиях Императорского Московского университета за 1849/50 академический и 1850 гражданский год. – М., 1851. – С.31.

22. Там же. – С.31.

23. Там же. – С.31

24. Там же. – С.63

25. Отчет о состоянии и действиях Императорского Московского университета за 1861-1862 академический и 1862 гражданский год. – М., 1863. – С. 10.

26. *Боткин С.П.* Речь, произнесенная в Обществе русских врачей в С.-Петербурге по случаю юбилея профессора Р. Вирхова// Ежедневная клиническая газета. – 1881. – 3. – С.26-27.

27. *Klein Joh.* Zur Kenntniss der Nierenzysten// Virchows Archiv f. pathol. Anat., Bd. 37, 1866, 504-510

28. *Абрикосов А.И.* Иван Федорович Клейн. Некролог/в кн.: Отчет о состоянии и действиях 1-го Московского Государственного Университета за 1922 год. – М., 1923. – С.178

29. *Струков А.И.* М.Н.Никифоров (1858-1958)//Архив патологии. – 1958. – № 10. – С.77-86

30. *Шатило И.М.* Микробиологические исследования М.Н. Никифорова (к истории отечественной микробиологии) // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. – 1954. – № 1. – С.66-68.

31. *Ющенко А.А., Иванова Н.А.* О жизни и деятельности В.И. Кедровского (1865-1937) // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. – 1996. – № 7. – С.150-153

32. *Шилинис Ю.А.* А. Б. Фохт (1848–1930 гг.) и его научный вклад в развитие клинической медицины (к 150-летию со дня рождения) // Клиническая медицина. – 1998. – № 11. – С.78-80

33. *Фишбеин А.В.* Николай Федотович Мельников-Разведенков //Архив патологии. – 1968. – № 10. – С.79-81

СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН В ОСВЕЩЕНИИ ПРОФЕССОРА К.Ш. ЗЫЯТДИНОВА

Мингазова Г.М.

*Кировская государственная медицинская академия
(Казань, Россия)*

Заслуженный врач Российской Федерации, лауреат Государственной премии Республики Татарстан в области науки и техники (1994), заслуженный врач Республики Татарстан, член-корреспондент Международной академии информатизации (1994), действительный член Академии гуманитарных наук, кавалер ордена Петра Великого I ст. (2006), доктор медицинских наук, профессор Камиль Шагарович Зыятдинов (1951–2015) в течение многих лет возглавлял Казанскую государственную медицинскую академию (КГМА) и заведовал в ней кафедрой скорой медицинской помощи, медицины катастроф и мобилизационной подготовки здравоохранения. Выделим еще одну особенность нашего героя. Свою государственную премию он в равных долях поделил для поддержки двух основных конфессий Республики Татарстан – ислама и православия. Свои сбережения он выделял и на строительство Дома-музея великого поэта татарского народа Хади Такташа на его родине, на возведение мечети и строительство школы в родной деревне, благоустройство деревенского кладбища. Коротко расскажем о жизненном пути выдающегося сына татарского народа.

К.Ш. Зыятдинов рано выбрал свою стезю, которой остался верен всю жизнь. В 1966 г. он поступил в ветеринарный техникум г. Буинска. Затем – служба в рядах Советской Армии. С 1972 г. он снова на студенческой скамье, теперь уже в стенах Казанского медицинского института, лечебный факультет которого он окончил в 1978 г. с отличием. В 1979 г., после завершения интернатуры, он – врач-травматолог Буинской ЦРБ, затем – заведующий районной поликлиникой Буинска, главный врач поликлиники № 20 Казани, главный врач Городской клинической больницы № 18, главный врач Приволжского района. С 1994 г. Камиль Шагарович – во главе Министерства здравоохранения Республики Татарстан, где в полной мере проявились его профессиональные и деловые качества как специалиста, до тонкостей знающего нужды нашей медицины от ее низового звена до общереспубликанского масштаба. Несмотря на свою занятость, он занимался педагогической работой: с 1995 г. преподавал на кафедре социальной медицины, экономики и управления здравоохранения КГМА.

Соответственно более масштабные формы принимает и круг проблем, затрагиваемых в его научных исследованиях. От рассмотрения отдельных социально-гигиенических аспектов мониторинга здоровья (1996) он пере-

ходит к решению проблем здоровья народонаселения целого региона. Тема докторской диссертации К.Ш. Зыятдинова – «Здоровье населения и оптимизация управления системой здравоохранения в крупном промышленно-сельскохозяйственном регионе» (2000). Опыт Татарстана, обобщенный в диссертации, может оказаться полезным в решении проблем здравоохранения и в других столь же крупных индустриально-аграрных краях и областях РФ.

Камиль Шагарович стоял у истоков зарождения эндохирургии в республике. Он инициировал внедрение высоких технологий во многих направлениях здравоохранения. За время работы в должности министра им было открыто более 300 объектов здравоохранения: Межрегиональный клиничко-диагностический центр, Перинатальный центр Республиканской клинической больницы, Республиканская клиническая инфекционная больница. Созданы круглосуточные посты скорой медицинской помощи в Казани и Набережных Челнах, организованы госпитали для ветеранов войн. Благодаря усилиям Камиля Шагаровича на должный уровень была поднята организация помощи больным, страдающим от СПИДа, организованы центры медико-социальной реабилитации больных наркоманией.

С 2007 по 2015 гг. Камиль Шагарович – ректор КГМА, одного из крупнейших и, безусловно, старейших после Санкт-Петербурга вузов страны по дополнительному медицинскому образованию. Опыт, накопленный им в деле организации здравоохранения республики, позволил К.Ш. Зыятдинову на посту ректора смело взяться за подъем на современный уровень многопрофильной учебной, научной, исследовательской работы Академии. За короткое время в КГМА были предприняты энергичные действия по организационно-техническому, учебно-воспитательному, научно-методическому, квалифицированному кадровому обеспечению деятельности академии. Серьезное внимание уделял он внедрению в образовательный процесс дистанционных образовательных технологий, позволяющих повышать квалификацию врачей практического здравоохранения различных регионов Татарстана и Российской Федерации, не отрывая их от основной работы.

Камиль Шагарович был также председателем Координационного совета по послевузовскому и дополнительному профессиональному образованию специалистов здравоохранения Приволжского федерального округа. Члены совета – руководители органов управления здравоохранением, ректоры, проректоры медицинских и медико-фармацевтических вузов ПФО. Оправдал свое назначение учрежденный им Центр подготовки научно-педагогических кадров академии. А принятые им меры морального и материального стимулирования сотрудников заметно оживили научную жизнь академии, начиная от аспирантского звена до профессорско-преподавательского состава. Таков практикуемый в стенах академии конкурс по различным направлениям исследовательской деятельности – лучшая монография, лучшее учебно-ме-

тодическое издание, лучшая исследовательская работа молодых ученых. К 90-летию академии была учреждена премия имени одного из основателей Академии, профессора Р.А. Лурия «за лучшую научную работу по актуальным проблемам медицины». Помимо отмеченных направлений Камиль Шагарович еще и лауреат журналистской премии «Хрустальное перо» Республики Татарстан (1997). И организация современной системы здравоохранения, которой он отдавал все свои силы, и история ее становления, и, наконец, журналистская деятельность – весь этот сплав способностей и составляет основу его личности. Особая тема – история, взятая в самом широком смысле этого слова, а не просто лишь в ее повороте в сферу медицины. Увлечшись историей, Камиль Шагарович воспроизвел и собственную генеалогию, проследил всю линию своих предков. И, наконец, серьезный научный труд под названием «Алькеевский сувенир» (1996). В нем он со своими земляками крупница за крупницей воссоздал историю родного села Алькеево Буинского района, где он родился и вырос.

Интерес К.Ш. Зыятдинова к истории в полную силу проявил себя в его трудах, посвященных истории медицины. Это – очерки, посвященные наиболее авторитетным деятелям медицины Татарстана под названием «История медицины Татарстана в лицах» (1997) [8] и монография «Здравоохранение республики Татарстан» (2000) [1]. По мере того, как происходило все большее углубление в исторический материал, все большую концептуальную значимость приобретала и сама форма, избранная им для названия своих работ. Такова написанная в соавторстве с профессором А.Н. Галиуллиным монография «Дорога через века (История развития здравоохранения и медицинской науки на территории республики Татарстан от древности до наших дней)» (2012) [2]. Последняя по времени монографическая работа, созданная авторским коллективом под руководством К.Ш. Зыятдинова, посвящена возникновению и развитию службы неотложной помощи в Казани: «История станции скорой помощи Казани и ее развитие на современном этапе» (2014) [7].

В этих трудах перед читателем предстает широкая панорама развития медицины Татарстана на разных этапах. В целях наглядности эту исторически меняющуюся картину можно было бы представить в виде некой схемы, составленной из целостного неделимого интеграла, распадающегося затем, соответственно логике самого бытия, на более мелкие, частно-дифференцированные сегменты внутри этой, продолжающей оставаться единой, сферы, именуемой медициной. В списке научных трудов К.Ш. Зыятдинова без малого 300 наименований. В их числе – 51 монографическое исследование, 37 учебно-методических пособий, 181 очерк, статьи в сборниках и научных журналах, 7 патентов на изобретения.

Естественно, что ведущее место в исследованиях К.Ш. Зыятдинова занимает процесс становления медицины в пределах, которые входили во вла-

дения Татарстана в прошлом. Сегодняшняя Республика Татарстан – это исторический правопреемник Волжской Булгарии, а затем – пришедшего ей на смену Казанского Ханства (XV–XVI вв.). Практическая, народная медицина восходит к той же эпохе. Как высокоразвитое государство, имеющее выход в соседние страны, в том числе – в русские княжества, древняя Булгария обладала определенным запасом знаний в традиционной народной медицине. В перечень лечебных средств, использовавшихся булгарами, входили различные травы и растения, минералы, пчелиный мед. Вошли в историю и стали культовыми умело выстроенные в ту пору общественные бани. Они привлекают своими развернутыми масштабами и предназначались не только для избранной, аристократической части столицы, но и для значительного числа ремесленников, торговцев, купцов, приезжавших в Булгарию по торговым делам. А гигиена, парная баня с воздушным подогревом – это основа физического и нравственного процветания, которого смогла достичь Булгарская государственность, сведения о которой, в свою очередь, вошли в соответствующие «своды», которые вели русские летописцы.

Мощным стимулом в развитии медицинских знаний стало приобщение болгар в начале X в. к мусульманскому вероучению. Это был не просто вероисповедальный вопрос, но и выбор направления, в котором осуществлялось развитие наиболее просвещенных к тому времени мусульманских народов, на путь которых, таким образом, становились древние булгары. Не случайно, что этот факт, несмотря на свою давность, не перестает привлекать внимание научной общественности, начиная от знаменитого путешественника Ибн Фадлана, сопровождавшего тогда миссию Багдадского халифа в Булгарию, и до современных исследователей-арабистов, например, Анвера Хайри, автора исследования «Повествование о путешествии Ахмеда Ибн Фадлана, написанное во время поездки в 921–922 гг. в Булгарское государство» (2013) [12]. Вместе с исламом, справедливо констатирует исследователь, в Булгарию хлынул большой поток общенаучных, медицинских знаний, художественной литературы, поэзии. Вслед за именем великого целителя древности Авиценны в Булгарии появляются свои ученые-медики – братья Гаджи и Хасан ибн Йунус аль Булгари, Хаджи Ахмед аль Булгари и др. [1]. Эти положения получили развитие в дальнейших исследованиях К.Ш. Зыятдинова. Такова, в частности, его монография «Дорога через века» (2012), написанная соавторстве с профессором А.Н. Галиуллиным.

«В X–XI вв., – пишут исследователи, – в Булгарии происходит постепенный переход от народной медицины к активно развивающимся профессиональным и научным средствам излечения от человеческих недугов» [1, 10]. Об этом, в частности, свидетельствует знаменитый «Канон медицинских знаний» Авиценны, доступный для болгар, как и для всего ученого сообщества исламского мира, приобщавшегося к сокровищам зна-

ний через «ученый» арабский язык, в оригинале. Отдельные сведения по медицине оказались зафиксированными и в произведениях устного народного творчества, вошедших, например, в многотомный «Словарь тюркских наречий» Махмуда Кашгари [2]. А наиболее яркие образцы письменной литературы, в числе которых и знаменитое творение Кул Гали «Сказание о Иусуфе (XIII в.), включают в себя сюжет о специальных медицинских средствах, помогающих исцелению от болезней [2]. Эпоха Волжской Булгарии, разумеется, лишь часть того богатства, которое татары унаследовали от своих предков. Столь же значительную ценность представляет для них и эпоха Киевской Руси. Как и в других центрах православия, например в Византии того же периода, средоточием медицинских познаний являлись монастыри. Этому посвящена глава «Раифский монастырь (пустынь)» в «Очерках истории медицины Татарстана до 1917 г.» К.Ш. Зыятдинова [3].

Монастыри, как кладезь древнерусской образованности и культуры, явились одновременно средоточием и медицинских знаний. «Здесь зарождалась духовная культура русского народа во всем ее многообразии. Это были религиозные учреждения с многоотраслевым хозяйством, где возводились храмы, строились богоугодные заведения, жилые корпуса, где создавались книгопечатни, швейные, свечные, игрушечные, иконописные цеха. В монастырях открывались и первые больницы» [3, 7]. И этот тезис автора, возводящий его работу в разряд исследований широкого культурологического плана, получает свое обоснование в последующих разделах «Очерков». И потому описанные в книге наблюдения представляют не просто частнопрофессиональный, но и широкий общественный интерес. Общезначимый для всех россиян факт – первая больница на Руси, оказывается, возникла в Троице-Сергиевой Лавре, под началом крупнейшего подвижника русской церкви, прославленного Сергия Радонежского в 40-е гг. XIV в. Затем больничные палаты появились в монастыре Сергиева Посада (1552), на территории Соловецкого (Преображенского) монастыря в Белом море и т.д. На территории современного Татарстана монастыри, естественно, могли появиться лишь после включения Булгарии в состав Московского государства. Таков получивший известность Раифский Богородский монастырь начала XVII в.

По высочайшему указу Петра I монастырь значительно расширил свои прежние границы. Тогда в его владения были отданы тысячи десятин лесных угодий, сотни квадратных сажен пашни и несколько близлежащих селений. По другому указу царя монастырь стал содержать за свой счет больных и увечных солдат, уволенных со службы и не способных работе. К расширению круга своих обязанностей монастырская братия отнеслась с пониманием, считая уход за больными богоугодным делом. «Предположительно в палатах, расположенных в монастырских кельях, – пишет К.Ш. Зыятди-

нов, – содержалось от 15 до 20 человек». Цифра, по сегодняшним меркам, весьма скромная. Но сами штатные служители монастыря – 10 человек – составляли только половину этого числа [3].

Еще более интересна история Казанского Богородицкого девичьего монастыря, заложенного согласно повелению Ивана Грозного в 1579 г. Это был единственный в Казани монастырь, который посещали все царствующие особы, приезжавшие свое время в город – от Петра Великого и до Николая I. В царствование Николая I здесь был возведен особый корпус, где разместили монастырскую больницу. Лишь постепенно, по мере того, как Россия все более уверенно вступала в семью просвещенных народов Европы, утрачивалось монопольное положение, которое занимали монастырские заведения в социальной иерархии своего времени. Об авторитете, которым пользовались монастырские целители, свидетельствует эпизод из жизни царя Ивана Грозного, который, возможно, имел реальную историческую основу. «Огненная болезнь», которой тяжело заболел молодой тогда царь в 1553 г., отступила после внушения, которое осуществил приглашенный к нему для встречи священнослужитель: «Благодарный царь Иван Васильевич вместе с молодой женой отправляется за сотни верст от Москвы в Кирилло-Белозерский монастырь, чтобы поклониться основателю обители за помощь в исцелении души и тела» [3, 18].

По мере поступательного развития Русского государства осуществлялся процесс постепенного самоопределения отечественной медицины, выход ее в свет за пределы монастырской ограды, в которых она, как и у других народов Европы, оставалась на протяжении многих столетий. В самом начале XVII в., в 1620 г., был учрежден отсутствовавший ранее центральный орган управления медицинскими делами страны – Аптекарский приказ. В 1654 г. была открыта первая в России лекарская школа, насчитывавшая в своем составе от 10 до 40 человек. Императрица Екатерина II Великая, утверждавшая в глазах Европы свой авторитет как «просвещенной государыни» и продолжавшая дела Петра I, учредила «Приказ общественного призрения». Попечение, забота об исцелении приписанных к нему лиц разного звания и сословия – так была определена основная задача «приказного» ведомства – далекого предтечи современного министерства здравоохранения.

«Место, которое занимала Казанская столица в иерархии Российской государственности, успешно продвигавшаяся к своему возвышению со времени подчинения ее земель своему влиянию (середина XVI столетия), ни у кого ныне не вызывает сомнений. Она была главным “караван-сараям” на пути идей европейских в Азию», – писал А.И. Герцен.

5 (17) ноября 1804 г. император Александр I учредил в Казани университет для распространения образования в огромном регионе страны от Поволжья до Дальнего Востока. Это был третий университет в Российском

государстве после Московского и Петербургского. Третьим в России был и открытый в столице Татарстана повивальный институт. С 1814 г. Казанский университет начинает прием на учрежденное при нем врачебное отделение, преобразованное в 1844 г. в самостоятельный врачебный факультет. Любопытна составленная одним из царских чиновников статистика, в которой нашел свое отражение тот результат, который, в частности, вызвали названные здесь меры по развитию врачебного дела в землях, отведенных в ведение Казани. По количеству медицинских участков и медицинских заведений Казанская губерния во II половине XIX в. прочно удерживала место в начале первого десятка более чем 30 Российских губерний [3].

По нашему мнению, политика самодержавия в подавлении малых народов на их пути к образованию нагляднее всего сказалась в сфере медицины. Среди тысяч медиков разных национальностей, выпускников университета в Казани, число татар исчисляется единицами. С 1804 по 1890 гг. диплом врача здесь получили 12521 человек. «Из них русских, украинцев и белорусов – 1561, поляков – 2039, евреев – 1081, немцев – 1014, татар – 7 человек» [3, 65]. Тот факт, что татарин был столь демонстративно отлучен от университетской науки, конечно, никак не означает, что он был не способен к ее усвоению. Иные татары отличались редкостной, даже для критериев нашего времени, природной одаренностью. Яркий след оставил учившийся на «башкирскую стипендию» и служивший затем в лечебных учреждениях Варшавы, Казани и Уфы Мухаметхан Сахипкиреевич Кулаев (1873–1958). Освещению жизни этого незаурядного человека, стоявшего у истоков не только здравоохранения двух братских народов – татар и башкир, но и их научно-филологической мысли, автора целой серии трудов по башкирскому языкознанию, К.Ш. Зыятдинов посвятил специальную статью [4]. Другим крупным деятелем башкирского здравоохранения, окончившим Казанский университет в 1917 г., был Нурлыгаян Нуриахметович Байтеряков [5].

Если научная судьба М.С. Кулаев и Н.Н. Байтерякова сложилась благополучно, то, конечно, лишь вследствие счастливого исключения. Миллионы же их соплеменников в условиях самодержавной России оставались на положении «инородцев», насильственно отчуждаемых, удерживаемых вдали от образованности и культуры. Однако те же насущные потребности Российской империи, все более продвигавшейся на сопредельный с нею туркестанский восток, вступали в явное противоречие с ее же собственной дискриминационной политикой в отношении малых народов. В своих «Очерках» К.Ш. Зыятдинов, в частности, говорит и о том, как ревнители самодержавия все же по-своему пытались разрубить этот гордиев узел противоречий. Так, например, 22 июня 1831 г. издается Высочайший Указ, по которому властям Оренбургской губернии предписывалось подготовить

20 лекарей из числа женщин-мусульманок с учреждением стипендий из государственной казны.

Ожидаемого эффекта, видимо, не последовало: слишком уж значительной оставалась дистанция, отделявшая пограничный со степью Оренбургский край от источников передовой русско-европейской образованности, которую (дистанцию), к тому же искусственно поддерживали сами же идеологи самодержавия. Поэтому вскоре вышел новый рескрипт, в котором давалось подробное разъяснение: «Расход на содержание воспитанников-магометан в Казанской гимназии и Казанском университете, могущий простираться до 12 тысяч в год, принять за счет Государственного казначейства» [3, 68].

В Казани как столице губернии почти одновременно с университетом, начинают действовать Губернская больница (1807), а затем – Александровская больница, названная в честь посещения Казани в 1866 г. цесаревичем Александром. Но она значительно отставала в организации, специально предназначенной для лечения детей, в то время как детская больница в Москве была открыта уже в 1842 г. Лишь к концу столетия, в 1888 г., в Казани был учрежден Комитет общественного попечения о бедных и больных детях и открыт детский приют на 10 мест. Но это лишь начало деятельности, которую возложили на себя члены комитета, и все перипетии которой подробнейшим образом проследил в своем исследовании К.Ш. Зыятдинов. Понадобилось целых 12 лет непрерывных усилий членов комитета и городских властей, прежде чем цель была достигнута. Доклад, сделанный от имени Городской управы 8 февраля 1900 г., на который ссылается К.Ш. Зыятдинов, зафиксировал этот знаменательный момент. «Благодаря трудам благотворительного общества, состоящего из небольшой группы лиц, преданных идее защищать бедных и больных детей, – говорится в докладе, – город обогатился двумя солидными и вполне благоустроенными учреждениями – приютами, дающими кров и одежду сотне беспризорных детей» [3, 151–152].

Но не одна лишь российская общественность сумела оценить этот знаменательный для Казани исторический факт. Деятельность общественного комитета, отмеченная значительными успехами, становится известной императрице Александре Федоровне, а через нее – столице Британской империи. В апреле 1916 г. общество женщин Великобритании выразило готовность взять на свое содержание детскую больницу Казани на 15 мест. Городской глава Воронин выразил мэру Лондона свою благодарность за такую инициативу: лечить детей на импортном оборудовании. [3].

Этот пример, разумеется, никак не исчерпывает всей картины, свойственной для здравоохранения Казани и тем более – отведенных под ее попечение земель, различных по уровню своего социального-экономического развития, слоев многонациональной и многоплеменной губернии. Строго

беспристрастный, объективный анализ, в стиле которого выдержано исследование К.Ш. Зыятдинова, заставляет его прийти к неутешительному выводу: «Первый и главный вывод, который следует из анализа исторических материалов, заключается в признании того факта, что Российская империя являлась страной с чрезвычайно высокой общей смертностью населения». И далее: «Еще хуже обстояло дело в Казанской губернии. Даже в Казани в 1881 г. показатель общей смертности достигал 39,4 процента. И здесь нельзя не указать на чрезвычайно высокий уровень младенческой смертности; в 70–80-е годы XIX в. он достиг в России 26–30 на 100 родившихся живых, а в Казанской губернии – 40 процентов» [6, 51].

Самостоятельную страницу в развитии системы здравоохранения Республики Татарстан составляет, как показал К.Ш. Зыятдинов, советский период ее истории. Уже на следующий день после Октябрьской революции 1917 г. при Военно-революционном комитете был учрежден медико-санитарный отдел, а спустя полгода – Народный Комиссариат здравоохранения. Предметом особой гордости для казанцев является тот факт, что комиссариат возглавили воспитанники Казанского университета – Н.А. Семашко и З.П. Соловьев [1]. В июне 1920 г. была провозглашена Татарская Автономная Советская Социалистическая Республика (ТатССР), а в сентябре того же года образован Народный Комиссариат здравоохранения Татарии [1]. Решающие социально-политические, экономические преобразования, наступившие со времени утверждения советского строя, утверждает К.Ш. Зыятдинов, явились причиной и тех впечатляющих, наглядно ощутимых результатов, которых добилась государственная система здравоохранения: «Уже в первые два десятилетия своего развития она позволила создать солидную инфраструктуру (сеть, кадры), ликвидировать ряд опасных заболеваний, в десятки раз снизить уровень распространенности многих инфекционных заболеваний, улучшить основные демографические показатели» [1]. В качестве особого этапа К.Ш. Зыятдинов выделил годы Великой Отечественной войны (1941–1945), когда в Татарии «было развернуто более 50 эвакуационных госпиталей на 35 тысяч коек различного профиля. Более 200 тысяч из бывших коевников возвратились в строй, многие проходили долечивание в открытом в 1945 г. Казанском научно-исследовательском институте травматологии, ортопедии и восстановительной хирургии» [1]. Примеры впечатляющих темпов развития различных отраслей здравоохранения за годы после войны (материально-техническая база, кадры), лучше всего демонстрирует та же статистика: «За 20 послевоенных лет в Татарии количество коек возросло вдвое (их стало более 20,5 тыс.), число врачей – в 2,8 раза (около 4,6 тыс.), а количество средних медработников утроилось, оно выросло до 15,8 тысяч» [1, 11].

Отмечаемый интенсивный рост практической медицины, разумеется, имел под собой прочную фундаментальную и историческую базу. И не про-

сто в присущей для того периода нашей истории форме централизованно-государственной системы. Не в меньшей степени имел он и другой надежно функционировавший источник. Это – общепризнанная в европейском мире научная школа медицины, имевшая в Казани свои давние исторические корни. Казанская медицинская школа, получившая известность еще в пору Российской империи, стала складываться сразу вслед за открытием университета в Казани. Набирая все большую известность, к концу столетия она приобрела заслуженный авторитет. Новую эпоху в истории офтальмологии составили открытия профессора Е.В. Адамюка. В 1893 г. в Казани благодаря стараниям В.М. Бехтерева впервые было создано общество невропатологов и психиатров. С 1907 г., также впервые в России, в Казани была начата подготовка фельдшерниц-акушерок [3]. Казанский университет, как крупнейший центр подготовки кадров медицины за Уралом, привлекал авторитетнейших профессоров из Москвы, Петербурга, Дерпта, Варшавы. Многие из них, работая в Казани, приобрели мировую известность. Среди них – В.М. Аристорский, В.П. Боголюбов, А.В. Вишневыский, Н.К. Горяев, С.С. Зимницкий, Б.И. Лаврентьев и др. [2].

Медицина советской эпохи, естественно, не могла не учитывать пример столь преданного служения интересам любимой науки. В 1920 г. это служение стало возможным и в стенах Клинического института в Казани, открытого далеко не в самый благополучный для новой власти период. Впоследствии этот институт был преобразован в Государственный институт для усовершенствования врачей (ГИДУВ) им. В.И. Ленина. «Он стал вторым после Клинического института усовершенствования врачей г. Санкт-Петербурга, центром повышения квалификации врачей в России» [10]. Оправдывая свое высокое назначение, Казанский ГИДУВ стремился достичь максимально возможного качества и эффективности работы системы последипломного образования специалистов.

В 1995 г. институт получил статус Казанской государственной медицинской академии (КГМА). Продолжая традиции своих предшественников, КГМА успешно развивает новые научные направления. Только за последние годы 16 ее сотрудников удостоены Государственной премии Республики Татарстан за выдающиеся достижения в области охраны здравоохранения и развития медицинской науки [10].

Сегодня КГМА успешно продолжает свою деятельность, поддерживая научные, партнерские отношения со многими центрами медицинской науки в Европе и Америке, начиная со Всемирной организации здравоохранения, Мюнхенской академии реабилитации и Университета Лунда в Швеции до Медицинской школы Йельского университета в США [10]. Размах и в самом деле задан впечатляющий. Остается лишь продолжить эти традиции, заложенные в том числе и К.Ш. Зыятдиновым, дальше.

Литература

1. Здравоохранение Республики Татарстан: науч. издание / *Науч. ред.: Альбицкий В.Ю., Зыятдинов К.Ш.* – Казань: Медицина, 2000. – 183 с.
2. *Зыятдинов К.Ш.* Дорога через века (история развития здравоохранения и медицинской науки на территории Республики Татарстан от древности до наших дней) / *Зыятдинов К.Ш., Галиуллин А.Н.*; Казан. гос. мед. акад., Казан. гос. мед. ун-т. – Казань: Слово, 2012. – 136 с.
3. *Зыятдинов К.Ш.* Очерки истории медицины Татарстана (до 1917 г.) / *Зыятдинов К.Ш., Павлухин Я.Г.* – Казань: Медицина, 2005. – 272 с.
4. *Зыятдинов К.Ш.* М.С. Кулаев – организатор здравоохранения Татарской и Башкирской АССР / *К.Ш. Зыятдинов [и др.]* // Казанский медицинский журнал. – 2012. – Т. 93, № 3. – С. 554–555.
5. Зыятдинов К.Ш. Выпускник медицинского факультета Императорского Казанского университета, организатор здравоохранения Башкирской АССР, заслуженный врач РСФСР *Байтеряков Н.Н.* / *Зыятдинов К.Ш. [и др.]* // Казанский медицинский журнал. – 2012. – Т. 93, № 2. – С. 404–405.
6. *Зыятдинов К.Ш.* Земская медицина в Казанской губернии / *К.Ш. Зыятдинов* // Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2000. – № 6. – С. 50–52.
7. История станции скорой медицинской помощи г. Казани и ее развитие на современном этапе: к 100-летию Службы скорой мед. помощи г. Казани: монография / Казан. гос. мед. акад., Станция скор. мед. помощи; сост.: *Зыятдинов К.Ш. [и др.]*. – Казань: ИД «МедДок», 2014. – 116 с.
8. *Павлухин, Я.Г.* История медицины Татарстана в лицах / *Павлухин Я.Г.*; науч. конс. *Зыятдинов К.Ш.* – Казань: Медицина, 1997. – 405 с.
9. 90 лет Казанской государственной медицинской академии / *Зыятдинов К.Ш., Михайлов М.К.* // Казанский медицинский журнал. – 2010. – Т. 91, № 2. – С. 278–282.
10. К 90-летию Казанской государственной медицинской академии – с научными достижениями, с планами по совершенствованию системы дополнительного профессионального образования / *Зыятдинов К.Ш., Анохина А.В., Сафина А.И., Уткельбаев Р.И.* // Общественное здоровье и здравоохранение: науч.-практ. журнал. – 2010. – № 1. – С. 5–10.
11. Медицина на пути прогресса // *Элита Татарстана*. – 2013. – октябрь. – С. 26.
12. *Хайри А.* Повествование о путешествии Ахмеда Ибн Фадлана, написанное во время поездки в 921–922 годах в Булгарское государство. – Казань: Изд-во «Слово23», 2012. – 511 с.

МЕЦЕНАТСТВО В РОССИИ ДО 1917 ГОДА: СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ ПАРТНЕРСТВА ГОСУДАРСТВА И ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВА В ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ МОСКВЫ

*Потекаев Н.Н., Андреева О.В., Одинцова В.В.
ГБУ «НИИ организации здравоохранения и медицинского
менеджмента» Департамента здравоохранения г. Москвы
(Москва, Россия)*

Современная ситуация создает новые условия для инновационного развития здравоохранения, новые возможности для сотрудничества государства и частного сектора при решении актуальных проблем. История российского меценатства дает вдохновение к развитию этих механизмов, основанных на идеях о социальной ответственности и общественном благополучии (social welfare), поскольку передает ценности, значимые для человека в любые времена. Теме благотворительности и меценатства в России посвящены серьезные комплексные академические исследования (А. Линденмайер, А.Н. Боханов, Г.Н. Ульянова), анализирующие связь процесса инвестирования с событиями общественной жизни и дающие системное описание феномена благотворительности в общественно-политическом контексте. Историки показывают благотворительность как способ самоорганизации и самоидентификации прогрессивных слоев русского общества. Анализируя меценатство как историко-культурный феномен, можно сделать вывод, что меценатство было одним из определяющих факторов развития здравоохранения России XIX – начала XX вв.

Как отмечает Г.Н. Ульянова [1], динамика пожертвований зависела от поведения нескольких сил: государства, общественных групп и отдельных частных лиц. В России XIX в. происходили значительные социально-экономические изменения: с одной стороны, на русское общество начинают влиять идеи европейского Просвещения о гуманистическом отношении к жизни и отдельному человеку, происходит европеизация форм социальной жизни (например, на смену знахарству в России появляются сначала иностранные врачи, потом русские медики-врачи, многие из которых прошли обучение за рубежом), с другой стороны, с отменой крепостного права увеличивается количество бедных и безработных, мигрирующих крестьян, происходит стремительный урбанизационный процесс, сопровождающийся проблемами социальной адаптации, повышением заболеваемости и смертности.

Хотя в тот период бюджетные расходы на здравоохранение в России неуклонно росли, все же они были недостаточны. С петровских времен

воззрение на попечение о бедных связывалось не просто с состраданием, а «с правительственной необходимостью». Но средств на это не хватало, а подача милостыни к созданию заведений общественного призрения была незаконной до последней трети XVIII в.

Систематическое законодательство о нищенстве и призрении бедных датируется для истории западноевропейских стран (Англии, Франции и германских государств) началом XVI в. [1]. В России аналогичный процесс наблюдался с екатерининского времени, когда официально была разрешена частная благотворительность. Екатериной II были изданы указы, касающиеся общественного призрения, а в 1775 г. были созданы Приказы общественного призрения – институты под председательством губернатора, куда выбирались заседатели из местного общества, решавшие в том числе вопросы о больницах с привлечением благотворительных пожертвований. Стала формироваться сеть государственных учреждений для призрения душевнобольных [2]. Содержание приказов и их учреждений вначале обеспечивалось за счет кредитных операций (частные лица могли делать вклады с приращением 5% годовых, или занять деньги под залог помещичьих имений или городских домовладений с уплатой 6% ежегодно). Законодательно было разрешено использовать «доброхотные подаяния», и с течением времени все большую долю в финансировании приказов составляли частные благотворительные вклады (20% в 1861 г.). Значительную роль в организации сбора пожертвований сыграли Ведомство учреждений Императрицы Марии (1797) и Императорское Человеколюбивое общество (1802). При этом государственное финансирование этих организаций было минимальным. Так, в бюджете Ведомства учреждений Императрицы Марии казенная субсидия составляла 15-18%, еще столько же – данные властью в качестве привилегии сборы с игральные карты и увеселений, а остальные 60-70% давали пожертвования, проценты на пожертвованные капиталы, плата за призрение, лечение [1]. Государство регламентировало главным образом правоотношения между благотворителем и неким юридическим лицом, принявшим пожертвование и взявшим на себя обязанность выполнения обязательств по расходованию средств в соответствии с волей благотворителя.

Пожертвования стали значимым фактом общественной жизни и похвально оценивались властью. Информацию о пожертвованиях предписывалось доводить до сведения императора (указ 1802 г.), хотя добровольная инициатива значительно контролировалась и могла жестко ограничиваться вплоть до александровских реформ. Интересным фактом законодательства является и закон 1816 г. «О непринятии от порочных людей пожертвований и о ненаграждении их за оные». В этом законе император предписывал Комитету министров обращать внимание на поведение и прежний образ жизни того лица, которое делает пожертвование. Позже (1843 г.) регламентировались и

суммы для создания общественных учреждений на средства жертвователей с тем, чтобы их было достаточно для завершения подобных проектов. После Крымской войны (1853–1856 гг.) и последовавшими за нею экономическими реформами Александра II уменьшаются ограничительные меры в законодательстве о благотворительности, а регистрация благотворительных обществ и учреждений выводится из-под центральной юрисдикции в сферу компетенции местного самоуправления, таким образом, расширяется круг юридических лиц, и большинство заведений на благотворительные средства возникают под юрисдикцией муниципальных и земских органов. В условиях отсутствия одного органа, ответственного за сферу помощи бедным, сам благотворитель мог выбрать, какому ведомству передать пожертвование, чтоб оно распорядилось средствами целесообразно и без волокиты.

В 1877 г. было законодательно разрешено присваивать учрежденным вновь больничным кроватям и целым заведениям личные имена, в случае выраженного на то желания жертвователя, что стало сильным стимулом развития филантропии. Раньше признание услуг благотворителя могло выражаться, в лучшем случае, в установке портретов благотворителей в актовом зале купеческих управ (если благотворитель был из купцов) или в частных благотворительных заведениях [1].

Благодаря тому, что сфера благотворительности и общественного призрения в Российской империи входила в компетенцию Министерства внутренних дел (административно-регламентирующая функция), сохранилось много информации по этой сфере на основе публикаций сведений разных ведомств. Отметим особое отношение властей к самому процессу пожертвований: соблюдалось назначение средств, указанное попечителем (на строительство, благоустройство, содержание и т.п.); информация о попечителях систематизировалась и публиковалась. Имена благотворителей доводились до читающей публики, чтобы «сделать их незабвенными в сердцах и памяти современников и потомства» (цит. по [1]). Для контроля выполнения духовных завещаний, в которых жертвовались средства на общественное призрение, МВД в 1852 г. установило процедуру подачи информации о пожертвованиях в министерство и предписывало Приказам общественного призрения предоставлять сведения: в какой мере выполнены пожертвования по духовным завещаниям, и какие меры приняты. Благотворительные учреждения публиковали отчеты об учреждениях, состоявших под покровительством попечителей, с указанием всех пожертвованных средств и их целевого использования (на какие нужды, с указанием количества пролеченных пациентов и т.п.). Механизм финансирования устройства общественного призрения описывался в ряде изданий XIX – начала XX в., куда включались действовавшие приказы, статистические данные. В 1880–1886 гг. были изданы семь томов «Сборника

сведений по общественной благотворительности в России» (был составлен Центральным статистическим комитетом МВД для Совета Императорского Человеколюбивого общества). Московское городское общественное управление также дает детальный обзор пожертвований в г. Москве за 1863–1902 гг., где приводит подробные описания учреждений, основанных на пожертвования, среди которых, помимо приютов, галерей, училищ и т.п. – больницы, несколько домов призрения, училище для фельдшерниц [3].

Лицо филантропии в Москве во многом определялось богатейшим слоем предпринимателей, жертвовавших именно Московскому городскому общественному управлению, которому они доверяли, и в котором сами играли большую роль. При отсутствии государственной системы социального обеспечения благотворительность стала ключевым элементом развития сферы помощи бедным и малоимущим слоям населения. Особый духовно-нравственный климат российского общества того времени, определявшийся религиозными мотивами и идеями сострадания и милосердия, способствовал включенности состоятельных слоев населения в устройство социальной сферы, проявлениям чувства гражданской ответственности.

Вскоре после муниципализации благотворительных заведений (которая в Москве закончилась в 1880-х гг.) началась их трансформация в соответствии с современными задачами здравоохранения и призрения. К началу 1890-х гг. относят появление новой формы помощи бедным под эгидой муниципальных органов – попечительств, которые стали весьма эффективной формой филантропии. По данным 1898 г. в Москве 28 попечительств обладали капиталами на сумму почти 160 тыс. руб., 39 – богадельнями, 27 – детскими приютами и т.п., и этот опыт циркуляр МВД рекомендовал распространять в другие города. [1]

По количеству благотворительных обществ и заведений Москва шла вслед за Петербургом. По объему недвижимости (10 млн руб.) и величине капиталов (почти 24,5 млн руб.) лидировало Ведомство учреждений Императрицы Марии, которое к началу XX в. существовало уже почти 100 лет. Особенностью Москвы являлось динамичное развитие благотворительных заведений, устраиваемых в ведении Московского городского общественного управления – к началу XX в. их было более 130, и в них призревало почти 47,5 тыс. человек (60% всех пациентов московской благотворительности). Муниципальные заведения сумели аккумулировать значительную недвижимость (стоимостью более 5 млн руб.) и капиталы (3,6 млн руб.), что свидетельствует о доверии жителей, передававших городу значительные средства на дело помощи бедным [4]. В 1901–1914 гг. Московской городской думе было передано от жителей города 20 денежных пожертвований (в размере от 15 тыс. руб. до 2,5 млн руб.), предназначенных на медицинские нужды. Ряд заведений

содержали влиятельные национальные благотворительные общества – французское, швейцарское, австро-венгерское, еврейское.

С благотворительностью получили распространение богадельни (заведения для призора дряхлых, увечных и неисцелимых нищих), дома призрения (учреждения, связанные с социальной реабилитацией основных категорий населения, нуждающихся в защите – детей, стариков, инвалидов) и больниц.

Еще при царе Алексее Михайловиче в XVII в. боярин Федор Ртищев (реформатор и просветитель, которого современники называли «милостивым мужем») построил в Москве бесплатную больницу, которая позже была утрачена в пожаре, но является первой известной в истории России больницей, построенной на деньги мецената. Далее упоминаются факты жертвования на создание больниц и больничных келий при монастырях и церквях. [5]

Странноприимный дом на Сухаревской площади, с которым неразрывно связана История НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, был основан в 1792 г. графом Николаем Петровичем Шереметевым как «каменная гошпиталь» и богадельня для призрения своих старых крестьян и дворовых людей, а также для всякого неимущего и больного жителя Москвы. С 1850-х гг. Странноприимный дом все чаще стал называться Шереметевской больницей. Современники оценивали ее как одну из лучших частных больниц Москвы XIX в. Исполняя завет учредителя, графа Н.П. Шереметева, его потомки стремились поддерживать деятельность учреждения на высоком уровне: все новейшие открытия в естествознании и технике, находившие практическое применение в медицинской практике, сразу появлялись в распоряжении врачей клиники. Здесь раньше всех начали использовать рентгеновские аппараты, применять при восстановительном лечении физиотерапевтические и водные процедуры, внедрять новые хирургические методики при определенных заболеваниях и ранениях [6; 7].

К концу XVIII в. потребности в медицинской помощи значительно увеличились, и действовавших больниц не хватало, возникла потребность в крупных городских больницах. Одним из первых помощь городу предложил князь Д.М. Голицын. Для реализации дорогостоящего и непростого проекта строительства больницы Голицын передал крупную сумму денег, доходы с двух своих вотчин и коллекцию предметов искусства. Свою волю он изложил в духовном завещании, к которому приложил план больницы, а также создал подробную инструкцию для руководства, где было предусмотрено все существенное «дабы обеспечить правильный ход жизни больницы, имея лишь одну цель – пользу больных». В инструкции он отмечает и роль управленцев: «Как же известно, что без рачительного присмотра наилучшие намерения благотворения бывают тщетны, то избранные к заведению сему

чиновники должны иметь прямо человеческое и соболезненное сердце». После смерти князя Д.М. Голицына императрица Екатерина II утвердила генеральный план больницы, подписав в 1794 г. указ на строительство. И в 1802 г. при активном участии брата Дмитрия Михайловича князя Александра Михайловича Голицына, приводившего в исполнение волю завещателя и также пожертвовавшего свои личные средства, была открыта Голицынская больница (ныне входит в состав Городской клинической больницы № 1 им. Н.И. Пирогова). Примечательно, что, помимо церкви, при больнице была построена общедоступная художественная галерея, составленная из коллекций Голицыных [6; 7].

Благодаря инициативе князя Д.В. Голицына было получено высочайшее разрешение на сбор денег от благотворителей на строительство первой в Москве и второй в России детской больницы, для которой была куплена за 30 тысяч серебром усадьба вдовы генерал-лейтенанта А.Н. Неклюдовой на Малой Бронной. Здание было реконструировано для размещения 100 кроватей и в 1842 г. больница была открыта. С 1845 г. больница была причислена к ведомству учреждений императрицы Марии, названа Детская больница Московского воспитательного дома, и до 1876 г. оставалась единственной детской больницей в Москве (ныне Детская городская клиническая больница № 13 им. Н.Ф. Филатова) [6; 7].

В 1872 г. Павел Григорьевич фон Дервиз обратился к московскому генералу-губернатору князю В.А. Долгорукову с предложением основать «образцовую детскую больницу», в память своих детей, на что он выделил капитал в 400 тыс. руб. Для новой больницы было выбрано место вблизи от Сокольников и Яузы. Среди условий для своего пожертвования Павел Григорьевич поставил всего три: сохранить за больницей название Больницы Святого Владимира; построить и содержать ее в соответствии с образцовой больницей; оставить навсегда в больнице 100 кроватей бесплатными для сирот и детей беднейших родителей. В этом первоначальном виде больница была признана образцовой на Парижской всемирной выставке 1878 г., на Всероссийской выставке в 1882 г. и награждена золотой медалью на всемирной выставке в Брюсселе как лучшая в Европе детская больница. Сегодня больница существует со своим историческим названием [6; 7].

В Москве большую роль в строительстве больниц сыграло купечество. «Ни в каком другом русском городе, даже в Петербурге, нельзя найти столько благотворительных учреждений, созданных на частные средства, как в Москве. Сотни тысяч ежегодно жертвуются московским купечеством на дела благотворения. Клиники, больницы, богадельни, приюты с каждым годом приумножаются в Москве... Имена Боевых, Бахрушиных, Морозовых, Алексеевых, Солдатенковых, Хлудовых увековечены в сооружениях, воздвигнутых на их средства...», – писали в издании, посвященном наступлению

XX в. [8, 49] Наряду с крупными денежными пожертвованиями меценаты передавали городу готовые здания для медицинских учреждений – вновь устроенных или уже содержавшихся ранее благотворителями.

Городские головы Москвы подавали горожанам личный пример в сфере филантропии: городской голова князь Александр Алексеевич Щербатов просил принять в дар городу свою усадьбу на Садово-Кудринской для устройства первой городской детской больницы, пострадавшей после очередного пожара в 1883 г. (ныне Детская городская клиническая больница № 13 им. Н.Ф. Филатова) [4].

Городской голова Николай Александрович Алексеев (двоюродный брат К.С. Станиславского), который совмещал свою государственную деятельность с ведением дел на семейной золотоканительной фабрике, уделял много внимания медицинской службе города. Примечательно, что все свое жалование на государственном посту он отдавал в кассу помощи городским служащим и вкладывал значительные личные средства в строительство различных объектов в городе. Благодаря своим усилиям он смог привлечь значительные благотворительные средства от более чем 70 жертвователей для строительства Московской городской психиатрической больницы (ныне Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева). При этом Н.А. Алексеев взял на себя руководство по возведению здания больницы, которое было открыто в 1894 г. Его вдова, умершая в 1903 г., завещала городу почти полтора миллиона рублей «на благотворительные и другие нужды города». Из этих средств был построен корпус в Преображенской психиатрической больнице (ныне Психиатрическая клиническая больница № 3 им. В.А. Гиляровского) и патронаж Алексеевской больницы, где психиатрические больные проходили санаторное лечение за городом [9]. Еще один корпус Преображенской больницы был построен на 100 тыс. руб., завещанных владелицей обувной фирмы Н.М. Андреевой [10].

Предприниматели в области кожевенного и суконного производства Бахрушины очень широко и щедро жертвовали средства на благотворительность. В 1882 г. братья Бахрушины пожертвовали 450 тыс. руб. московскому городскому голове на строительство больницы, которая была построена к 1887 г. на Сокольничем поле, была рассчитана на 200 кроватей для страдающих неизлечимыми заболеваниями (ныне Городская клиническая больница № 5). При этом братья Бахрушины выделяли деньги на строительство больниц, закупку оборудования и часть средств клали на счет больницы для обеспечения нуждавшихся пациентов. Лечение было бесплатным, больные именовались «пенсионерами братьев Бахрушиных». [7; 11]

В начале XX в. на земельном участке бывшего конного рынка (Замоскворечье), купленного на пожертвования купца Викулы Елисеевича Морозова, была построена детская больница [6]. Поскольку в то время в

центральной и северо-восточной части города уже действовали больницы святой Софьи, святого Владимира и святой Ольги, Замоскворечье не имело детских стационаров, и дети здесь госпитализировались во взрослые больницы, то пожелание Морозова было построить больницу в этой части Москвы. Для строительства больницы хирург Т.П. Краснобаев объехал лучшие клиники Италии, Швейцарии, Германии, перенял опыт для постройки детской больницы. В то время из-за отсутствия центральной вентиляции изоляция больных была единственным способом предотвращения эпидемий, поэтому было решено построить много разных корпусов. В 1906 г. строительство четвертой детской больницы на 340 коек было закончено (ныне больница сохранила название Морозовской). В 1910 г. на расширение этой крупнейшей городской детской больницы поступил 1 млн руб. от К.В. Третьякова [7].

Основатели крупнейшей кондитерской фабрики – семья Абрикосовых, которые сами воспитывали 22 ребенка, содержали за свой счет бесплатный родильный приют и гинекологическую лечебницу на 5 кроватей. На пожертвования Агриппины Александровны Абрикосовой в 100 тыс. руб. в 1906 г. был построен родильный дом на 51 кровать на Миусской площади (ныне входит в состав Городской больницы № 8) [7].

В 1910 и 1913 гг. на средства (250 тыс. руб.) торговца москательным товаром и воском, владельца химического и воскобойного заводов А.Б. Неокладнова были открыты амбулатория с приемным покоем и хирургическое отделение Яузской больницы (ныне городская клиническая больница № 23 им. Медсантруд) [7]. Там же в 1908 г. был возведен туберкулезный барак на 20 тыс. руб., поступивших по духовному завещанию С.Н. Карзинкиной [10].

В 1907–1911 гг. в соответствии с завещанием бельгийского подданного, владельца кожевенного (перчаточного) завода в Москве Л.Ж.Ф. Тимистера, пожертвовавшего более 180 тыс. руб. городу Москве, была открыта женская больница, а также амбулатория и контора Старо-Екатерининской больницы. Ныне здание больницы для послеродовых больных в Тупом переулке близ Покровки входит в состав Московского областного НИИ акушерства и гинекологии [10].

В своем завещании почетный гражданин Москвы, купец первой гильдии, текстильный фабрикант Козьма Терентьевич Солдатенков распорядился выделить 2 млн руб. на устройство и содержание бесплатной больницы «для всех бедных без различия званий, сословий и религий». Больница имени Солдатенкова была построена по проекту И.А. Иванова-Шица за Тверской заставой, открыта в 1910 г., была рассчитана на 505 коек и состояла из 12 лечебных корпусов, оснащенных современным по тем временам оборудованием (ныне Городская клиническая больница имени С.П. Боткина) [6; 7].

Жена «первостатейного иркутского купца» А.К. Медведникова пожертвовала в 1900 г. по духовному завещанию огромное состояние (около 5 млн руб.) разным учреждениям, в том числе более 2 млн руб. Московскому городскому общественному управлению на нужды благотворительности и просвещения в Москве. 1 млн руб. предназначался на устройство больницы «для неизлечимо больных христианского вероисповедания, без различия звания, пола и возраста» и 300 тыс. руб. – на богадельню для пожилых людей. Больница и богадельня имени А и И. Медведниковых открылись в 1903 г. на купленной городом земле на Большой Калужской улице против Нескучного сада. Целый комплекс 2-этажных корпусов был создан по проекту академика архитектуры С.У. Соловьева в русском стиле с использованием мотивов новгородско-псковской архитектуры. Еще 600 тыс. руб. из завещания Медведниковой назначалось на устройство приюта для идиотов и эпилептиков. Он был построен в 1911–1914 гг. по проекту архитектора А.Ф. Мейснера на участке земли, выделенном Московской городской думой по соседству с Алексеевской психиатрической больницей [10].

В 1913 г. очень быстро был построен туберкулезный санаторий в Сокольниках на средства А.А. Четвериковой (Алексеевой) в честь дочери Наташи Четвериковой (сейчас Московская детская ортопедо-хирургическая больница). При этом члены семьи сами контролировали строительство корпусов санатория, ведали всеми вопросами оборудования и подбора врачебного персонала [10]. А.И. Коншина, из семьи владельцев бумагопрядильных производств, после смерти в 1913 г. оставила городу Москве 3,5 млн руб., предназначавшихся на устройство санатория, приюта для раненых на 200 чел. с больницей на 100 чел., Дома матери и ребенка и корпуса в Алексеевской больнице [10].

Таким образом, меценаты сыграли значительную роль в развитии здравоохранения в Российской империи, встав у истоков формировавшейся государственной системы и дав мощный импульс своими вложениями. Список только крупных московских благотворителей составляет более 100 фамилий. На средства частного капитала в Москве были полностью выстроены три медицинских комплекса: один располагался возле Новодевичьего монастыря на Девичьем поле, где на средства Морозовых, Хлудовых, Шелапутиных и др. были выстроены 13 клиник; второй медицинский комплекс был построен в Сокольниках на средства Бахрушиных, Боевых и Алексеевых; третий расположился рядом с Калужской заставой⁴⁵. [5; 6]

⁴⁵ Еще один комплекс зданий медицинского назначения (3 богадельни и больница), построенный в конце XIX в. на средства купцов Солодовниковых, П.М. Третьякова и Т.Г. Гурьевой, располагался в Замоскворечье на Щипке (ныне здания Института хирургии им. А.В. Вишневского МЗ РФ – прим. ред.)

На сегодня сохранились и действуют многие больницы Москвы, построенные когда-то на средства меценатов. Это – Городская клиническая больница № 1 им. Н.И. Пирогова (с бывшей Голицынской больницей), Городская клиническая больница № 4 (бывшая Павловская больница), Городская клиническая больница № 5 (построенная на деньги Бархушина), Городская клиническая больница им. С.П. Боткина (бывшая Солдатенковская больница), Морозовская детская городская больница, Детская городская больница Св. Владимира, Психиатрические клинические больницы им. Н.А. Алексеева, О.В. Кербилова, В.А. Гиляровского, П.Б. Ганнушкина и другие. Каждое из этих учреждений обладает уникальной историей, а здания, в которых они расположены, являются рукотворными памятниками русскому меценатству.

Авторы статьи благодарят Музей предпринимателей, меценатов и благотворителей (г. Москва) за помощь при подготовке материалов статьи.

Литература:

1. Ульянова Г.Н. Благотворительность в Российской империи, XIX – начало XX вв./ Г.Н. Ульянова. Ин-т рос.истории РАН. – М.: Наука, 2005.
2. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI – начало XX вв.)/ под ред. Р.У. Хабриева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
3. Городские учреждения Москвы, основанные на пожертвования. Издание Московского городского общественного управления. – М., 1906.
4. Историческая справка о благотворительной деятельности в Москве (последняя треть XVIII в. – 1917 г.) благотворительного совета города Москвы: <http://www.mosportal.ru/27/1/3/index.htm>
5. Яровинский М.Я. Века московской медицины. М., 1997.
6. Нувах Б.Ш., Кузьмин М.К. Памятники медицины и милосердия в Москве XVII–XX вв. – М.: Медицина и милосердие, 1993.
7. Материалы по истории учреждений, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы: http://www.mosgorzdrav.ru/mgz/komzdravsite.nsf/va_WebPages/sys_InstTypeList?OpenDocument
8. Век. Русский альбом. XIX–XX. Общественная жизнь. Искусство. Литература и наука. Торговля. Промышленность. Одесса, 1901. С. 49.
9. Агеева З.М., Добрынина Н.А. Николай Александрович Алексеев. – М.: Общество купцов и промышленников, 2012.
10. Ульянова Г.Н. Здравоохранение и медицина// Россия в начале XX века. – М., Новый хронограф, 2002, – С. 624-651.
11. Благотворительность и милосердие: Рубеж XIX–XX веков: Историко-документальное издание. – СПб.: Лики России, 2010, – 248 с.

НЕГОСУДАРСТВЕННЫЙ СЕКТОР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ XIX В. (ПО ДАННЫМ АРХИВОВ ГУБЕРНИЙ ВЕРХНЕВОЛЖСКОГО РЕГИОНА)

Смирнова Е.М.

ФГБОУ ВПО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России (Ярославль, Россия)

Слабое развитие системы государственного здравоохранения («приказной медицины»), низкое качество медицинского обслуживания в казенных лечебных учреждениях и законодательно ограниченное право на лечение в них только определенных категорий населения (низших чинов «казенного звания людей» и некоторых других) не обеспечивало потребностей населения в медицинской помощи. Российское государство подходило к здравоохранению, прежде всего, как предмету благотворительности, объектом которой были малообеспеченные, социально уязвимые слои населения. Те, кто не имел права на государственное попечительство, должны были сами позаботиться о своем здоровье в соответствии со своими финансовыми возможностями и культурными традициями или поручить себя человеколюбию своих хозяев.

В течение первой половины XIX в. создавалось правовое поле для развития негосударственной медицинской помощи населению: на промышленных производствах, в помещичьих имениях, в частной медицинской практике.

В 1832 г. юридически оформилось право владельцев фабрик и мануфактур содержать врачей на собственный счет [1]. В 1834 г. официальное разрешение нанимать медицинский персонал для крестьян и учреждать больницы в имениях получили помещики [2]. Разрешение на открытие частных благотворительных лечебных учреждений давалось при условии наличия капиталов, обеспечивающих их содержание.

В правовое русло вводилась частная (вольная) медицинская практика – медицина традиционно считалась свободной профессией. Вольной практикой могли заниматься врачи (лекари), а также вспомогательный медицинский персонал (повивальные бабки, фельдшера, дантисты и другие), имевшие законное право на медицинскую деятельность на территории Российской империи – как находящиеся на государственной службе, так и не служащие. Дантистам, окулистам и повивальным бабкам (акушеркам) дозволялась ограниченная практика соответственно профилю и уровню их профессиональной подготовки.

Все медицинские работники подлежали контролю местной (губернской) медицинской администрации – врачебных управ. Совершенствование медицинского законодательства привело к кодификации правовых норм, регла-

ментирующих медицинскую деятельность, в том числе и вольную практику, в Уставе врачебном 1857 г. (и последующих редакциях) [3].

Медицинская помощь на некоторых производствах была организована еще в XVIII в. Так, в 1750 г. больных рабочих Ярославской Большой Мануфактуры (тогда мануфактуры И. Затрапезнова) пользовал некий Христиан Зиферт [4]. В конце XVIII в. И. Затрапезнов и его «работные люди» значились среди многочисленных пациентов ярославского городского лекаря И.Г. Карчера. За их лечение Затрапезнов заплатил 222 руб. 95 коп. [5] – оказание медицинской помощи лицам, занятым в частном секторе, не входило в обязанности городского врача, эти услуги оказывались на платной основе.

Больничное учреждение Ярославской Большой Мануфактуры впервые упоминается в описании этого заведения 1802 г.: «...Лазарет для мануфактурных служителей деревянный, один; при нем есть и вольный лекарь» [6]. В отчетных документах («Ведомость» за 1802 г.) в перечне расходов по содержанию фабрики указано, что на счет «мануфактурной же конторы содержится вольнонаемный лекарь для пользования мануфактурных служителей, которому жалованья производится в год 550 р. При лекаре ученикам и при лазарете служителям жалованья 235 р. Медикаментов и прочего употреблено для пользования и на содержание больных 1439 р. 67 к. Итого 2224 р. 67 к.» [7]. Положение для Ярославской Большой Мануфактуры, подписанное Министерством финансов в 1824 г., включало статью 11 об организации медицинской помощи: «В случае болезни мастеровых владельцам вменяется в обязанность иметь о них попечение... Больных пользоваться не в домах, а в госпитале при фабрике устроенной, которая должна быть снабжена всем нужным, а сверх того, при важных болезнях, взрослым обоюбого пола мастеровым, находящимся в болезни более четырех недель, отпускать безденежно по 1 пуду муки в месяц и по 10 коп. на день во все то время, пока болезнь продолжается» [8].

В середине XIX в. лечебные заведения для рабочих все еще были редкостью. В отчетах врачебных управ упоминаются: приют для больных (без врача) в Осташкове при бумагопрядильной фабрике Савиных (Тверская губерния), «больницы при железных заводах» наследников Г. Баташева на 85 коек с лекарем (Меленковский уезд Владимирской губернии); в Ярославской губернии – больница Ярославской Большой Мануфактуры и больница Норской мануфактуры (Ярославский уезд) – оба учреждения постоянных лекарей не имели и состояли под наблюдением ярославского городского врача [9]. Лекарский ученик находился при фабрике князей Гагариных (Ярославский уезд).

В первой половине XIX в. больницы появились в некоторых помещичьих имениях: в Старице – в имении князей Мещерских, в Вышнем Волочке – в имении ротмистра П.И. Сназина-Тормасова, в Кашине – в имении статского советника Н.И. Пономарева – все в Тверской губернии; в Меленковском

уезде (Владимирская губерния) – при имении князя Голицына. Сведения о больнице ярославских помещиков братьев генерал-майоров Александра и Николая Александровичей Саблуковых приводит А.Р. Соколов [10]. В 1811 г. в селе Покровском по ярославскому тракту на Тихвин братья открыли целый лечебный комплекс: больницу на 30 мест с палатой для неизлечимо больных на 6 мест, аптеку с лабораторией, «диспенсарий для проходящих» с «пристойной квартирой для доктора». Лечебница предназначалась для крестьян Саблуковых и проезжающих по тракту. Некоторое время спустя братья разорились, и больница прекратила свое существование.

По распоряжению Медицинского департамента Министерства внутренних дел в 1847 г. в Ярославскую губернию был направлен доктор медицины С.И. Зефиров. Он обслуживал семь помещичьих имений в Рыбинском, Пошехонском и Мологском уездах [11]. В вотчинах помещиков Сухова-Кобылина и Глебова работал лекарь Н. Иков. В пошехонском имении гвардии полковника И.В. Лихачева больница с лекарем и двумя акушерками была открыта в 1848 г. В этот же период графы Мусины-Пушкины учредили три больницы в своих имениях, расположенных в Мологском уезде. Первая – на 10 коек в селе Ильинском в каменном двухэтажном доме. Вторая больница на 10 коек – в селе Ивановском в деревянном доме. Обе находились «под смотрением» мологского уездного врача, за больными ухаживали лекарские ученики. Третья больница – в селе Борисоглебе размещалась в двухэтажном деревянном доме, где «все устроено в отличном виде». Первоначально в лечебнице, рассчитанной на 40 человек, работал «особый» лекарь, два лекарских ученика и повивальная бабка. В 1860 г. «по причине хозяйственных обстоятельств» владельцы сократили число кроватей до 10, а должность постоянного врача упразднили [12].

Частные благотворительные лечебные учреждения появлялись и в городах. В 1817 г. в Старице (Тверская губерния) открылась больница на 20 коек «для больных всех состояний», построенная генералом-майором А. Тутолминым. На содержание больницы филантроп выделил капитал в 200 тыс. руб. Проценты с капитала – 10 тыс. руб. ежегодно – позволили нанять лекаря с жалованьем 1 500 руб. в год и аптекаря – с жалованьем 500 руб. (аптекарь – явление в провинции неслыханное) [13].

К середине XIX в. крепнувший промышленный капитал заявил о себе в сфере благотворительности. Так, купец первой гильдии, потомственный почетный гражданин И.Д. Киселев и его младший брат В.Д. Киселев изъявили желание построить на собственные средства больницу в Шуе (Владимирская губерния) в память деда, основателя семейного состояния, при условии, что попечителем больницы будет представитель рода Киселевых. На строительство каменного двухэтажного здания со службами И.Д. Киселев выделил 90 тыс. руб. ассигнациями. Кроме того, были назначены капиталы на ремонт –

10 тыс. руб. и содержание 10 коек – 20 тыс. руб. После отказа шуйского купечества выполнить данное ранее обещание обеспечить взносами остальные 46 коек, братья Киселевы пожертвовали на содержание больницы еще 80 тыс. руб., а также 30 тыс. руб. на постройку церкви при больнице и 3500 руб. «на церковные надобности». С высочайшего разрешения больница на 56 коек была открыта 5 ноября 1844 г. Ей присвоили имя Киселевской. По ходатайству губернатора, отметившего, что приношения Киселевых «выходят из ряда обыкновенных» (на различные «общепользные учреждения» И.Д. Киселев пожертвовал более 1 млн руб.), братьев наградили первоначально золотыми медалями, а затем они получили по ордену Св. Анны III степени [14].

Основная масса населения провинции пользовалась услугами знахарей и лекарей-самоучек: костоправов, цирюльников, повитух. Нововведения XVIII в. – века Просвещения – практически не затронули провинциальную Россию. Научные знания, особенно в области медицины, вступали в конфликт с отечественными культурными ценностями и потому отвергались. В обществе господствовали представления о грехе, порче или колдовстве как причинах болезни, взгляд на душевнобольных как на «одержимых бесами», а здоровье, ввиду частых неурожаев и постоянной угрозы голода, обычно связывалось с сытостью. Анатомирование зачастую расценивалось как вызов христианским представлениям о душе и теле, о смерти, об отношении к покойному и человеку вообще. Поэтому медицинскую профессию нередко связывали с преступлениями против религии и морали.

В формировании отрицательного «образа» медицины немаловажную роль сыграло то обстоятельство, что в рассматриваемый период большинство специалистов-медиков (врачей, дантистов, акушерок) были иностранцы по происхождению, аптечное дело в России почти целиком находилось в руках этнических немцев. Статичный, консервативный, замкнутый крестьянский мир подозрительно относился к чужакам, особенно к неправославным (стало быть, еретикам). К рациональной медицинской помощи, в том числе и медикаментозной, сельчане испытывали недоверие. В 1797 г. инспектор ярославской врачебной управы доктор медицины М.И. Багрянский, известный своими близкими связями с выдающимся деятелем российского просвещения Н.И. Новиковым, отметил в медико-физической ведомости: «По причине непривычки помощи у врачей больные совсем мешкали» [15].

Акушерская помощь на селе практически целиком находилась в руках местных повитух, как правило, пожилых женщин, уже неспособных к тяжелому крестьянскому труду. Дипломированная акушерка, «барыня», да еще нередко с немецкой фамилией, безусловно, не была желанна в деревне. «Своя» же бабка не только помогала при родах, но и ухаживала за матерью и новорожденным, вела домашнее хозяйство, пока родильница не окрепнет после родов, причем за самую ничтожную плату, иногда за пропитание.

Это положение постепенно стало меняться лишь в последней трети XIX в. по мере развития земской медицины. Народные целители находились на полунелегальном положении, и отношение к ним со стороны медицинских чиновников было неоднозначным. С точки зрения закона их деятельность была «недозволенной». Сенатские указы 1729, 1750 и 1756 гг. предписывали Медицинской канцелярии «смотреть накрепко», чтобы неученые лекари под угрозой «жестокоего штрафа и телесного наказания» «не дерзали» лечить народ, особенно «подлых людей» (то есть принадлежащих к низшим сословиям), так как они «вместо человеческой пользы самое убийство производят». Вводилось вознаграждение за донесение о нарушениях закона [16]. В 1831 г. Министерство внутренних дел подтвердило запрет на незаконную медицинскую практику [17]. В то же время приходилось считаться с реальностью: с устоявшейся традицией, и с тем обстоятельством, что обеспечить население необходимым количеством дипломированных специалистов в тот период не представлялось возможным. Медицинская администрация стремилась пресекать деятельность откровенных шарлатанов, эксплуатировавших невежество населения, и одновременно держать под контролем освященную традицией медицинскую практику цирюльников и костоправов.

Но контроль сферы народного врачевания был затруднителен, часто медицинские чиновники и полиция сквозь пальцы смотрели на нарушения закона, особенно если эти нарушения не приводили к трагическим последствиям. Поэтому и сведений о правоприменительной практике в этой сфере немного. Одно из редких относится к 1861 г., когда ярославская медицинская администрация просила губернатора распорядиться о производстве следствия и «предании законной ответственности» крестьянки Анны Константиновой «за непозволительное лечение», в результате которого больной умер [18]. Информация о деятельности цирюльников и костоправов встречается нечасто. В 1800 г. ярославская врачебная управа позволила «вольному человеку» Ф. Агафонову завести в Угличе цирюльню и «отворять кровь». В следующем же году та же управа запретила этому цирюльнику заниматься лечением без «лекарского дозволения», «понеже кровопускание должно основываться на правилах врачебной науки, цирюльник же не знает, когда должно и сколько можно выпустить крови...» [19]. Тогда же ярославский мещанин Михайло Сеницын помогал людям «бедного состояния», которые «подвержены вывихнутию рук и ног и раздроблению самых костей ручных и ножных». Городская дума ради «общей народной пользы» предложила врачебной управе Сеницына «испытать в знании костоправства», чтобы тот мог получать от думы «за оное искусство полагаемое награждение» – 60 руб. в год. Костоправ «в искусстве был испытан», но оказался «ничего в столь важном деле не знающим». Управа по этому поводу заметила городской думе, что «сие дело относится не к таким непросвещенным людям, которые

ни малейшего о нем не имеют сведения», однако запрета на деятельность Сеницына не наложила [20].

До середины XIX в. медицинская деятельность костоправов и цирюльников не регламентировалась. В 1845 г. Министерство внутренних дел циркуляром утвердило разработанные Медицинским департаментом правила для испытаний цирюльников в фельдшерском мастерстве и тем самым ввело лицензирование оказываемых ими медицинских услуг. Звание мастера и разрешение открыть свое заведение можно было получить, продемонстрировав элементарные теоретические знания в области хирургии и умение проводить разрешенные цирюльникам операции: пускать кровь, ставить пиявки, удалять зубы, прививать оспу и другие. Циркуляр предписывал, чтобы цирюльни, «относительно подаваемого в них больным врачебного пособия» состояли под надзором губернских «медицинских начальств» (врачебных управ). Операции могли проводиться только «по письменному или личному приказанию врача» (за исключением случаев, когда требовалась неотложная помощь) [21]. Врачебная управа контролировала работу цирюлен через уездных лекарей и полицию: санитарное состояние, исправность хирургических инструментов, подготовку учеников [22]. Вводилась особая такса на медицинские услуги цирюльников. Так, за кровопускание полагалась плата 7 ½ коп., кровопускание рожками – по 3 коп. за каждый рожок, за «припущение» пиявки – по 6 коп. за одну пиявку, за приложение пластыря шпанских мух – 7 ½ коп., за промывательное – 7 ½ коп., удаление зуба стоило 15 коп. [23].

На основании циркуляра в том же 1845 г. прошли испытания содержатели цирюлен в Твери мещане И. Суханов и И. Соколов, в Торжке – вольноотпущенник Я. Лебедев, в Вышнем Волочке – мещанин Л. Милюшенцов. Все они показали «достаточное познание в цирюльном искусстве» [24]. В 1847 г. экзаменовали ярославского крепостного В. Максимова. Он «оказал удовлетворительные сведения в знании цирюльного мастерства» и также получил разрешение на учреждение цирюльни [25]. Подробности таких испытаний нам известны из дела дворового человека ярославских помещиков Дедюлиных Дмитрия Алексеевича Любимцева (редкий случай, когда крепостного величали по имени и отчеству), который сдавал экзамен в 1859 г. Экзамен проводился в ярославской больнице приказа общественного призрения в присутствии членов врачебной управы. Результаты показали, что соискатель «пускает кровь ланцетом и шнипером хорошо, ставит пиявицы и унимает следующие после них кровотечения хорошо, ставит рожки отлично, употребляет и ставит обыкновенные промывательные хорошо, вынимает зубы скоро и искусно, приготовляет шпанские мушки и перевязывает легкие язвы и раны хорошо, приготовляет ванны хорошо, прививает предохранительную оспу правильно, ходит за больными усердно и хорошо». Врачебная управа признала Любимцева достойным звания мастера цирюльного цеха и разре-

шила открыть цирюльню «с соблюдением при производстве позволяемых званию цирюльника операций» [26].

В 1851 г. в Ярославле работали шесть городских цирюлен с подмастерьями и учениками, а в 1860 г. их было уже девять. Все они были открыты «на законных основаниях», то есть с разрешения врачебной управы. Ревизия показала, что во всех заведениях инструменты исправны, «пиявки хорошего качества», а кровопускания делались «по запискам врача». Правда, записок от врачей «на производство операций» (удаление зубов, кровопусканий и других) было немного [27].

В 1850 г. Министерство внутренних дел ввело правила испытаний для костоправов (а также аптекарских и лекарских учеников, фельдшеров и дантистов) [28]. Таким образом, костоправы включались в систему официальной медицины. Более того, перед ними открывалась возможность в случае успешной сдачи экзаменов и получения соответствующего свидетельства претендовать на производство в низший классный чин коллежского регистратора (и получение предоставляемых чином прав), следовательно, на повышение своего социального статуса.

В 1855 г. по представлению врачебной управы ярославский губернатор А.П. Бутурлин ходатайствовал перед Министерством внутренних дел о награждении костоправа В.И. Данилова, вольноотпущенного крестьянина, который практиковал в ростовской городской больнице и у себя на дому. Данилов «по рекомендации владельца своего» посещал занятия в Московской медико-хирургической академии – «изучал как положение, так и названия костей по скелету», сверх того, «находился прислужником у костоправа в Москве, где окончительно обучился укладыванию в лубки переломленных костей» и другим операциям. С 1837 по 1855 г. Данилов «подал помощь» 310 «разного рода людям». Употреблял знания «с пользою для страждущего не из видов корысти, но более всего из сострадания к человечеству»: бедных лечил безвозмездно. Больных к нему привозили даже из других губерний. Директор Медицинского департамента ответил отказом. Поскольку Данилов не сдавал экзамена, он не имел права на награду, но было разрешено зачислить костоправа лекарским учеником [29]. С 1856 г. Данилов официально работал при ростовской больнице, без жалованья. В 1861 г. врачебная управа вновь представила его к награждению серебряной медалью «за усердную и безвозмездную службу» [30]. Исход этого ходатайства неизвестен.

Материально обеспеченные слои населения пользовались услугами частнопрактикующих врачей и вспомогательного (среднего) медицинского персонала. Медицинские работники были вправе требовать плату за оказание медицинской помощи «достаточным» частным лицам, если это не входило в их прямые обязанности, за исключением случаев эпидемических заболеваний.

Частная медицинская практика получила в России широкое распространение. Она развивалась под влиянием двух факторов, действовавших в одном направлении: во-первых, неразвитости системы государственного здравоохранения, во-вторых, низкого жалования служащих медиков, которое заставляло их искать дополнительные доходы. Тверской губернатор отмечал в 1831 г., что в Твери частной практики «по многолюдству города и недостатку медиков (на коронной службе – Е.С.) весьма довольно». Акушер тверской врачебной управы Воронцов сетовал на отсутствие у него частной практики, так как ею занимаются вольнопрактикующие и военные врачи [31]. В Ярославской губернии в 1830-е гг. насчитывалось более десяти вольнопрактикующих врачей, преимущественно в губернском городе, в основном иностранцы, получившие разрешение работать в России, или отставные военные врачи.

Сведения об объеме медицинской помощи, оказанной в частной практике, как правило, неполные, впервые появляются в середине 1840-х гг., поэтому судить о ее действительных масштабах затруднительно. По данным Тверской врачебной управы, в 1846 г. медицинские пособия частной практике получили 3030 человек [32]. В Ярославской губернии в 1850 г. пациентами частнопрактикующих врачей в губернии были 20731 человек [33]. Костромская управа сообщила о 3126 пациентах в 1855 г. [34]. Сведениями о числе вольнопрактикующих акушерок и количестве принятых родов мы не располагаем. Имеются лишь случайные упоминания имен акушерок, например, практиковавших в Ярославской губернии: Рябцова, Федосья Давыдова (1830-е гг.), Ольга Смайлова (1840-е г.) Марья Громашева, Барышникова и Егорова (1840-е – начало 1850-х гг.), Марья Зябликова (1850-е гг.).

Согласно данным отчета Медицинского департамента Министерства внутренних дел за 1859 г., когда впервые появились относительно полная информация о масштабах частной практики в России, медицинскую (врачебную и фельдшерскую) помощь в частной практике получили 665946 человек, что составило 65,78% общего количества медицинских пособий [35].

Вопрос об оплате медицинских услуг, оказываемых докторами, врачами и повивальными бабками (дипломированными акушерками) регулировался законодательством. Первый документ такого рода – «Устав всем ведомства Государственной Медицинской Коллегии Докторам, Лекарям и повивальным бабкам», составленный в 1789 г. [36] Устав запрещал врачам «казенных мест» брать мзду с тех, кого они обязаны лечить по должности. Те, кто занимался «посторонним врачеванием», имели право на «пристойную награду», которая не была бы в тягость малоимущим больным.

Доктор медицины имел право получить за посещение больного на дому с выпиской рецепта – 1 руб., без выписки рецепта – 50 коп. При посещении больного, живущего за городской чертой, плата повышалась вдвое. Устный или письменный совет стоил 5 руб. Лекарь за посещение больного в городе

получал 50 коп., за городом – 1 руб., за совет – 3 руб., повивальная бабка при родах и посещение родильницы в течение 9 дней – 5 руб., столько же платили врачу-акушеру за помощь при тяжелых родах. Указывалась стоимость малых хирургических операций: кровопускание – 50 коп., кровопускание рожками – 10 коп., удаление зуба – 50 коп., постановка пиявок – 20 коп. за каждую, промывание – 25 коп. Крупная хирургическая операция оплачивалась по взаимному соглашению пациента и врача, однако «непомерное требование» взыскивалось по закону. «От достаточных [больных], желающих изъяснить свою благодарность» не запрещалось «принимать награждения и превосходящие», обозначенные в Уставе. «Подлинно неимущие» препоручались «человеколюбию и безмездному пособию» врачей. Эти положения в практически неизменном виде вошли в Устав Врачебный 1857 г. (с. 550-553) и несколько подкорректированные – в последующие редакции (1892 и 1905 гг.).

Со второй четверти XIX в. в российской провинции развивается специализированная медицинская помощь – стоматологическая и офтальмологическая. В 1832 г. «экзаменованный» зубной врач Петр Лазарик информировал через местную печать «почтеннейшую публику» Ярославля, что он может в короткое время излечить цингу, а также «лечить испорченные зубы, ... вынимает всякие больные зубы и корни искусным образом». Врач также предлагал услуги по протезированию и стоматологическую помощь детям. Бедных и неимущих Лазарик обещал пользоваться «без всякой платы». В том же году московский «вольнопрактикующий врач и глазной оператор» М.В. Альцингер извещал «страждущих недугами», что он «может подавать помощь страждущим глазными болезнями», а с 7 до 9 утра готов «безденежно подавать им врачебное пособие и советы». В 1835 г. стоматологическую помощь по лечению, удалению и протезированию зубов предлагал зубной врач Николай Герц. В 1860 г. в Ярославль приехал «известный европейский окулист» Сальватор Алесси и объявил о своей готовности бедных пользоваться бесплатно [37].

С 1860-х гг. ситуация в секторе негосударственной медицинской помощи стала кардинально меняться. С отменой крепостного права больницы в помещичьих имениях ликвидировались. Развертывание сети медицинских учреждений общественных самоуправлений (земских и городских) и возможность получить недорогую или даже бесплатную медицинскую помощь снижали спрос на частные медицинские услуги. Земская медицина приблизила квалифицированную медицинскую помощь к селу. Земские врачи, фельдшера и акушерки постепенно завоевывали доверие крестьянина, соответственно сужалась сфера деятельности знахарей и повитух. В этот же период развитие медицинской помощи рабочим привело к становлению фабрично-заводской медицины как отдельной отрасли здравоохранения.

Литература

1. Полное собрание законов Российской империи. Собрание второе (1825–1881) (ПСЗРИ – 2). СПб., 1830 – 1884. Т. VII. 1833. № 5324.
2. ПСЗРИ – 2. Т. IX, ч.2. СПб., 1835. № 7693.
3. Свод учреждений и Уставов врачебных по гражданской части. // Свод законов Российской империи. Т. XIII. СПб., 1857. С. 1-387.
4. Российский государственный архив древних актов. Ф. 346. Оп.1, ч. 3. Кн. 130. Д. 10.
5. Государственный архив Ярославской области (ГАЯО). Ф. 45. Оп. 1. Д. 253. Л. 91.
6. Цит. по: *Грязнов А.Ф.* Ярославская Большая Мануфактура (1722–1856). М., 1910. С. 76.
7. Там же. – С. 235.
8. Там же. – С. 315.
9. Российский государственный исторический архив (РГИА). Ф. 1297. Оп. 244. Д. 646. Л. 52.; Д. 678. Л. 105; ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 2141. Л. 513-514об., 517-518об.
10. *Соколов А.Р.* Благотворительная деятельность «Императорского человеколюбивого общества» в XIX веке. // Вопросы истории. 2003, № 7. С. 101.
11. ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 1135. Л. 16 об.
12. ГАЯО. Ф.86 Оп. 1. Д. 2075. Л. 414-414 об.
13. РГИА. Ф. 1287. Оп. 12. Д. 174. Л. 1-11об., 24; Оп. 14. Д. 1888. Л. 3-3об., 14.
14. РГИА. Ф. 1287. Оп. 12. Д. 1260. Л. 16-23, 90-168, 187, 228, 237.
15. РГИА. Ф. 1294. Оп. 1, св. 9. Д. 4. Л. 4.
16. Полное собрание законов Российской империи. Собрание первое (1649–1825) (ПСЗРИ – 1). Т. XIV. СПб., 1830. № 10586.
17. Сборник циркуляров и инструкций Министерства внутренних дел с учреждения министерства по 1 октября 1858 года. Т. 7. СПб., 1858. – С. 53.
18. ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 2129. Л. 358об.-359.
19. ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 10. Л. 45об., 59об., 101об.-102.
20. ГАЯО. Ф. 86 оп. 1. Д. 40. Л. 4-4об., 7об.-8.
21. Сборник циркуляров и инструкций Министерства внутренних дел с учреждения министерства по 1 октября 1858 года. Т. 7. – С. 62-64.
22. РГИА. Ф.1287. Оп. 16. Д. 1344. Л. 2-2об.
23. Свод Учреждений и Уставов врачебных по гражданской части. // Свод законов Российской империи. Т. XIII. СПб., 1857. Ст. 550.
24. РГИА. Ф. 1297. Оп. 224. Д. 221. Л. 35об.-36.
25. ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 868. Л. 17.
26. ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 2058 л. 4-5об.
27. ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 2078. Л. 30; Д. 2130. Л. 15-16.
28. ПСЗРИ – 2. Т. XXV, ч. 1. СПб. 1851. № 23995.
29. ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 1727. Л. 6-8об.
30. ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 2129. Л. 288.
31. РГИА. Ф. 1287. Оп. 12. Д. 924. Л. 1об., 15 об.
32. РГИА. Ф. 1297. Оп. 244. Д. 221. Л. 37об.-38.
33. ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 1154. Л. 38.
34. РГИА. Ф. 1297. Оп. 244. Д. 659. Л. 17об.-18.
35. Отчет о состоянии общественного здоровья и деятельности больниц гражданского ведомства в империи за 1859 год. СПб., 1861. – С. 107, 171-176.
36. ПСЗРИ – 1. Т. XXIII. СПб., 1830. № 16805.
37. Ярославские губернские ведомости. 1832. № 12. С. 283а; Там же, № 22. – С. 522; Там же. – 1835. № 5. – С. 118; Там же. – 1860. № 26. – С. 195.

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ НОВЕЙШЕГО ВРЕМЕНИ

ИЗ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ В СССР: МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ

Бородулин В.И.

*ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья
имени Н.А. Семашко» (Москва, Россия)*

Тополянский А.В.

ГКБ № 50 им. С.И. Спасокукоцкого ДЗ г. Москвы (Москва, Россия)

Вопросы организации научных медицинских исследований в масштабах страны с первых лет советской власти обсуждались в Ученом медицинском совете Наркомата здравоохранения РСФСР и других руководящих медицинским делом инстанциях. Первой серьезной, хотя и не имевшей удачного завершения попыткой воплотить идею комплексного медико-биологического изучения актуальных проблем здоровья и болезни было создание в 1920 г. Государственного института народного здравоохранения (ГИНЗ; директор Л.А. Тарасевич). Вторую попытку предпринял московский профессор-терапевт В.Ф. Зеленин.

Владимир Филиппович Зеленин (1881–1968), питомец и сотрудник Московского университета, был одним из организаторов и профессором Высшей медицинской школы (с 1919 г. ГВМШ). Официальные его биографии и архивные документы свидетельствуют, что в 1924 г. В.Ф. Зеленин приступил к организации при Московском университете принципиально нового для России по своим задачам комплексного научного учреждения для изучения вопросов клиники, функциональной диагностики и экспериментальной терапии. Решение о его создании и средства для закупки за рубежом необходимой аппаратуры и для других нужд института были получены при энергичной поддержке руководителя Главного управления научными, научно-художественными и музейными учреждениями Академического центра Наркомата народного просвещения РСФСР (Главнаука), видного большевика Ф. Н.Петрова – пациента, друга и покровителя В.Ф. Зеленина. По воспоминаниям сына ученого, А.В. Зеленина, Ф.Н. Петров поддержал идею В.Ф. Зеленина о создании медицинского учреждения

нового типа и предпринял для этого необходимые меры: для нового института были выделены средства, включая сверхдефицитную валюту, и В.Ф. Зеленин как директор-организатор (по современной терминологии) был командирован во Францию и Германию для закупки оборудования [1]. Согласно постановлению Совнаркома СССР от 13 января 1925 г., в сеть состоявших в ведении Главнауки учреждений был включен Клинический институт функциональной диагностики и экспериментальной терапии при 1-го МГУ, созданный на базе Новоекатерининской больницы. Директором института был назначен В.Ф. Зеленин⁴⁶.

Структура нового института первоначально включала клинический отдел (зав. – В.Ф. Зеленин, среди научных сотрудников первого разряда – М.С. Вовси, Л.И. Фогельсон), а также клинико-эндокринологический (зав. М.Я. Серейский), биохимический (зав. Л.С. Штерн), экспериментально-физиологический (зав. А.А. Кулябко) отделы и отдел экспериментальной патологии (зав. А.А. Богомолец)⁴⁷. В дальнейшем к вышеперечисленным подразделениям добавилось неврологическое отделение, а список ответственных сотрудников, имена которых в скором будущем стали украшением отечественной медицинской науки, пополнился С.Н. Давиденковым. Такая структура, по мнению В.Ф. Зеленина, должна была обеспечить разработку, в первую очередь, вопросов физиологии и патологии кровообращения, а также проблем нейрогуморальной регуляции.

Вскоре по инициативе В.Ф. Зеленина название нового научного учреждения было изменено: оно стало именоваться Медико-биологическим институтом Главнауки и под этим названием получило широкую известность. Результаты исследований публиковались, прежде всего, в «Медико-биологическом журнале» под редакцией В.Ф. Зеленина (1925–1930); в состав редакции первоначально, кроме него, входили: А.А. Богомолец, М.М. Завадовский, А.А. Кулябко, Г.Н. Сахаров, М.Я. Серейский и Д.С. Фурсиков. Журнал был посвящен вопросам конституции, роли эндокринной и вегетативной нервной системы, высшей нервной деятельности, ангиокардиологии. В институте сотрудники В.Ф. Зеленина – Л.И. Фогельсон, И.А. Черногоров, И.Б. Кабаков и другие разрабатывали методические и клинические вопросы электрокардиографии; здесь началось формирование научной кардиологической школы В.Ф. Зеленина. Сам термин «медико-биологический» получил широкое признание, что отражено в дальнейших названиях структурных подразделений и самостоятельных научных структур: отделение медико-биологических наук АМН СССР (РАМН), медико-биологический факультет 2-го Московского медицинского института, Институт медико-биологических проблем.

⁴⁶ ЦАГМ. Ф. 1609, Оп. 1, Д. 876, Л.3.

⁴⁷ ЦАГМ. Ф. 1609, Оп. 1, Д. 992, Л. 1-10.

Дальнейшая судьба этого актуального и перспективного научного института, любимого «детища» В.Ф. Зеленина, могла бы стать сюжетом захватывающего детективного романа; в то же время она служит ярким примером особенностей развития науки и научных учреждений в советскую эпоху. Расширяя тематику исследований, директор пригласил в институт генетиков, и группа молодых ученых во главе с С.Г. Левитом быстро развила широкие медико-генетические исследования, имевшие мировой резонанс.

Соломон Григорьевич Левит (1894–1938) работал ординатором и ассистентом на кафедре госпитальной терапии 1-го МГУ, с 1924 г. – под руководством Д.Д. Плетнева. С 1926 г. как большевик и член Правления университета он проводил «партийную линию» в вопросах науки и высшего образования; был организатором (1924) Общества врачей-материалистов и одновременно – заместителем председателя Общества биологов-материалистов. В 1927 г. С.Г. Левит писал: «В сущности говоря, пролетариат СССР, а стихийно, вслед за ним, и большинство русских врачей, уже давно признали возможность наследования приобретенных признаков» и считал, что никаких наследственных болезней быть не должно: «от высказываний генетиков веет глубоким пессимизмом и немощью».

Однако затем он прошел практикум по генетике в МГУ под руководством одного из основоположников отечественной генетики А.С. Серебровского и изменил свои взгляды. В 1928 г., будучи приглашенным В.Ф. Зелениным в его Медико-биологический институт, С.Г. Левит возглавил в нем кабинет по изучению наследственности. Основные задачи Кабинета: составление топологической карты хромосом человека; изучение географического распределения генофонда населения СССР; дифференциация патологических форм по данным генетики. Сотрудники Кабинета проводили стационарное изучение локальной популяции человека (на антропогенетической станции в селе Петровском); изучение одно- и двуйцевых близнецов, сбор генеалогий. [2] Вскоре С.Г. Левит стал претендовать на большее, нежели руководство Кабинетом.

Основатель и директор института В.Ф. Зеленин спохватился, когда было уже поздно: с одной стороны, были задействованы все партийные связи С.Г. Левита, а с другой, надежной защиты больше не было – Ф.Н. Петрова перевели из Главнауки – руководителем Всесоюзного общества культурных связей с заграницей (ВОКС). В.Ф. Зеленину было предложено покинуть пост директора Медико-биологического института, а в качестве «отступных» – возглавить одну из терапевтических кафедр 2-го МГУ, сохранив за собой руководство клиническим отделом Медико-биологического института (как вскоре выяснилось, это обещание было действительным лишь на короткий срок). Таким образом, В.Ф. Зеленину пришлось отдать свой институт и стать профессором 2-го МГУ, о чем свидетельствуют следующие документы⁴⁸.

⁴⁸ ЦАГМ, ф. 714, оп. 2, д. 889, л. 390. Протокол № 7 заседания Ученого Совета медфака 2 МГУ

Новый директор (с 1930 г.) С.Г. Левит сразу же приступил к смене основной тематики научных исследований Медико-биологического института, который теперь располагался по другому адресу: В.Ф. Зеленин сумел получить средства на новое здание, которое было построено по специальному проекту, но работать в нем ему не довелось; сейчас в этом здании по адресу Ленинский проспект, дом 19, прямо напротив въезда на территорию Президиума РАН, располагается Государственный научно-исследовательский энергетический институт им. Г.М. Кржижановского.

В декабре 1930 г. С.Г. Левит по Рокфеллеровской стипендии уехал в Америку в Техасскую лабораторию известного американского генетика и убежденного сторонника большевистских взглядов Г.Д. Мёллера. За время отсутствия директора исполняющий его обязанности Б.Б. Коган свернул генетические исследования и вернул деятельности института общемедицинскую и клиническую направленность. Однако С.Г. Левит вновь сумел использовать свои связи в ЦК ВКП(б) и, вернувшись в институт, занялся восстановлением генетических исследований. «С осени 1932 г. Институт после 8-месячного перерыва снова сосредоточился на разработке проблем биологии, патологии и психологии человека путем применения новейших достижений генетики и смежных дисциплин (цитологии, механики развития, эволюционного учения). Основные работы Института пошли по трем руслам: клинико-генетическому, близнецовому и цитологическому» (предисловие к «Трудам МБИ», Т. III, 1934).

В марте 1935 г. институт вновь сменил название и стал Медико-генетическим институтом им. М. Горького – «передовым европейским центром медицинской генетики». Но «купаться в лучах славы» пришлось недолго: в 1936 г. С.Г. Левита исключили из партии за «протаскивание враждебных теорий в трудах института», в 1937 г. сняли с поста директора МГИ, а затем и вовсе уволили из института; в 1938 г. его арестовали за «терроризм и шпионаж» и расстреляли. Медико-генетический институт был ликвидирован, что было важной частью учиненного с активным участием академика Т.Д. Лысенко партийно-государственного разгрома генетики человека («евгеники») и медицинской генетики; классическую генетику добывали «вторым заходом», на основе «мичуринской биологии», в конце 1940-х гг. Так в СССР благополучно (к счастью, временно) покончили с генетикой – «буржуазной лженаукой» (по терминологии того времени).

Вместе с Медико-генетическим институтом им. М. Горького был уничтожен и его архив. Если бы не Медико-биологический журнал и другие пу-

от 7.05.1929 г.; Л. 405. Выписка из протокола № 21 от 29.04.1929 г. научной конференции Пропедевтической Терапевтической клиники II МГУ; ЦАГМ. Ф. 714. Оп. 2. Ед. хр. 953. Распоряжения по личному составу 27.10.28 – 12.05.30; Л. 46. Распоряжение по 2-му Московскому Университету от 20.09.1929 г.

бликации сотрудников, впору было бы задаться вопросом: а был ли такой институт вообще? Любопытно, что В.Ф. Зеленин, собирая необходимые для оформления пенсии документы, вынужден был доказывать свое директорство в «мифическом» институте с помощью свидетельских показаний Ф.Н. Петрова и профессора Б.Б. Когана. На их основе ему выдали следующую справку: «Министерство здравоохранения СССР. ГУМУЗ. 8 сентября 1950 г. № 303 / 20 / 50. СПРАВКА. Дана профессору Зеленину Владимиру Филипповичу в том, что он действительно состоял на службе в Институте функциональной диагностики и экспериментальной терапии (Медико-биологический институт) с 1925 г. по 1931 г. в качестве директора и заведующего клиническим отделением института. Настоящая справка дана на основании свидетельских показаний в соответствии с инструкцией ВКВШ от 18.2.1943 г. за № Д – 09 – 09. И.о. зам. нач. ГУМУЗ'а Министерства здравоохранения СССР В.В. Ермаков»⁴⁹.

В 30-е годы XX в. была предпринята еще одна, и более масштабная, попытка создать единый научный центр для комплексного медико-биологического изучения патологии человека: на базе Института экспериментальной медицины (Ленинград) был основан Всесоюзный институт экспериментальной медицины (1932; ВИЭМ), часть которого в 1934 г. была переведена в Москву. Но только создание в 1944 г. АМН СССР с разветвленной сетью отраслевых научных институтов позволило в дальнейшем решить эту сложную организационную задачу медицинской науки.

Литература

1. Бородулин В.И., Зеленин А.В. Владимир Филиппович Зеленин: время и судьба. М., 2012.
2. Бабков В.В. Москва, 1934: рождение медицинской генетики. // Вестник ВОГиС. 2006; 10 (3): 455-478.

⁴⁹ Копия справки хранится в семейном архиве А.В. Зеленина.

ВКЛАД ВРАЧЕЙ УРАЛЬСКОГО НИИ ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ В ПОБЕДУ СОВЕТСКОГО НАРОДА В ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЕ

*Горбунова З.И., Гюльназарова С.В.
ФГБУ «Уральский НИИ травматологии и ортопедии
им. В.Д. Чаклина» Минздрава России (Курган, Россия)*

Перед вами – 25 кратких биографий врачей Уральского Научно-исследовательского института травматологии и ортопедии им. В.Д. Чаклина (далее – УНИИТО) различных специальностей. Но есть общее, что объединяет судьбы этих людей – участие в оказании помощи раненым бойцам и командирам Красной Армии в годы Великой Отечественной войны (ВОВ) во фронтовых и тыловых госпиталях Свердловска, Томска, Новосибирска, Ленинграда, Владивостока.

Каждый из них внес свой вклад в Великую Победу и славную историю Института, а наш долг – сохранить память об этом вкладе для следующих поколений.

Апасова Антонина Ивановна (р. 1901),⁵⁰

врач-травматолог, кандидат медицинских наук

Родилась в 1901 г. в семье служащих. Окончила медицинский факультет Первого Московского государственного университета в 1927 г. С 1927 по 1930 гг. работала хирургом в Свердловской городской больнице, в 1927–1929 гг. прошла курсы усовершенствования врачей, работала в травматологическом отделении Свердловского областного института физической культуры, а в 1931 г. была принята в УНИИТО на должность заместителя директора. Стояла у истоков организации института. В монографии профессора В.Д. Чаклина «Переломы и их лечение» (1936) она написала главу «Переломы голени». В 1937 г. защитила кандидатскую диссертацию на тему «К патологической гистологии и клинике псевдоартрозов голени».

В 1941–1945 гг. работала хирургом в эвакогоспитале № 1710 (ЭГ 1710) травматологического профиля в Свердловске.

После ВОВ работала в Киеве.

Литература

Уральский институт травматологии и ортопедии: избранные страницы истории. 1931–2011 гг. / Сост. З.И. Горбунова. Екатеринбург, 2011: 24, 26.

⁵⁰ Здесь и далее, если год смерти не указан, он не установлен – прим ред.

Базилевская Зоя Васильевна (р. 1899),*врач-травматолог, доктор медицинских наук, профессор*

Родилась в 1899 г. в семье священника. В 1924 г. окончила медицинский факультет Воронежского государственного университета. По окончании университета работала на сельских участках, в 1931 г. переехала в Свердловск и работала амбулаторным врачом в железнодорожной больнице, а затем перешла на работу в УНИИТО, где проработала 10 лет (1931–1941 гг.). Была соавтором главы «Переломы и вывихи позвоночника» в монографии профессора В.Д. Чаклина «Переломы костей и их лечение» (1936). В этом же году защитила кандидатскую диссертацию на тему «Патологические изменения и репаративные процессы при переломах тел поясничных позвонков». Одновременно с работой в УНИИТО с 1938 г. работала ассистентом кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии Свердловского медицинского института.

С 1941 г. до 1945 г. работала хирургом-ортопедом в эвакуогоспиталях Свердловска, в том числе в ЭГ 3860. Подготовила и в 1944 г. в ЦИУ врачей успешно защитила докторскую диссертацию на тему «Закрытые повреждения позвоночника (морфологические изменения и методика лечения)». В 1944–1945 гг. была главным ортопедом-хирургом эвакуогоспиталей ВЦСПС Уральской и Молотовской (Пермской) областей.

После демобилизации работала заместителем директора по научной работе Саратовского НИИ травматологии и ортопедии (1945 – 1948). С 1948 по 1967 г. возглавляла Иркутский НИИ травматологии и ортопедии, затем – консультант в институте. С 1949 г. – профессор.

Литература

Государственный архив Свердловской области (ГАСО). Ф. Р-2514.

Бутикова Наталия Ивановна (1910–2003),*челюстно-лицевой хирург, доктор медицинских наук, профессор*

Родилась в 1910 г. в Костроме в семье врача. Окончив в 1930 г. медицинский факультет Московского государственного университета. По распределению Свердловского облздравотдела работала в Еланской участковой больнице врачом скорой помощи, обучалась в клинической ординатуре (1934–1937), работала ассистентом (1937–1945), а затем – доцентом (1953–1957) на кафедре общей хирургии Свердловского государственного медицинского института.

С июня 1941 г. по ноябрь 1945 г. работала начальником хирургического отделения, вторым ведущим хирургом в ЭГ 1710, который с февраля 1942 г. был перепрофилирован в специализированный челюстно-лицевой госпиталь мощностью 800–1400 коек. Работала в госпитале для лечения обширных дефектов лица огнестрельного происхождения,

комбинированных повреждений лица, глаз и ЛОР-органов, где активно разрабатывались новые методы кожной и костной пластики. В 1944 г. выполнила и защитила кандидатскую диссертацию на тему «Пластика дефектов приротовой области огнестрельного происхождения филатовским стеблем».

После окончания ВОВ с ноября 1945 г. работала в УНИИТО заведующей челюстно-лицевым отделением. В сентябре 1954 г. переехала в Ленинград, где работала в Детском ортопедическом институте им. Г.И. Турнера хирургом, руководителем травматологического отделения (1963–1970). В 1961 г. защитила докторскую диссертацию на тему «Первичная костная пластика при резекции нижней челюсти по поводу опухолей при устранении некоторых деформаций», продолжив начатую в Свердловске научную работу и дополнив ее материалом о злокачественных опухолях Института онкологии АМН СССР. В 1969 г. присвоено звание профессора. В УНИИТО стала основоположником хирургии кисти, была членом правления секции пластической хирургии общества Н.И. Пирогова. Под ее руководством защищены одна докторская и 4 кандидатские диссертации. Она – автор 120 научных работ. Блестящий хирург, талантливый ученый, опытный педагог и учитель. Внесла крупный вклад в отечественную реконструктивно-пластическую хирургию.

Литература

Государственный архив научно-технической и специальной документации Свердловской области (ГАНТСДСО). Ф. Р-20, Оп. 2, Д.7.

Герцен Иван Генрихович (1917–1999),*врач-травматолог, доктор медицинских наук, профессор*

Родился в 1917 г. Ставропольском крае. В 1936 г. поступил в Военно-медицинскую академию им. С.М. Кирова (Ленинград). Студентом IV курса участвовал в советско-финской войне 1939–1940 гг. в качестве ординатора Центрального эвакуогоспиталя; тогда же опубликовал свою первую научную работу.

В 1941 г. призван в КА и направлен начальником МСБ на Юго-Западный фронт. В 1942 г. служил начальником санотдела укрепрайона (г. Волоколамск), в 1943 г. – начальник хирургического отделения армейского госпиталя № 3584 на Западном фронте. После контузии в 1943 г. был демобилизован. Из характеристики И.Г. Герцена от 31 августа 1943 г., подписанной ведущим хирургом госпиталя № 3584 майором м/с В. Смирновым: «... за короткий срок [капитан м/с И.Г. Герцен] приобрел практические навыки в такой степени, что ему доверялись и им проводились довольно сложные оперативные вмешательства. В его работе чувствуется рука хирурга. Теоретически подготовлен и всегда находил время совершенствоваться, что называется “на ходу”. Я уверен, что

[тов.] Герцен любит хирургию, отдается со рвением этой специальности и будет хорошим работником в том учреждении куда будет направлен...» Из партийной характеристики М.Г. Герцена, подписанной военкомом 9-го запасного инженерного полка капитаном В.С. Титовым: «...знаю Герцена И.Г. по совместной работе с 9.02. по 18.11.1942. Работая начальником санитарной службы полка, тов. Герцен сумел поставить санитарное состояние полка в образцовый порядок,... проводил партийно-политическую работу,... в результате его активной помощи вступили в кандидаты ВКП (б) два медработника. Тов. Герцен активно поддерживал все политические мероприятия, проводимые партией и Правительством, чем доказал свою преданность партии Ленина – Сталина и нашей Родине». 15 апреля 1943 г. за внесение сбережений в фонд обороны страны он получил телеграмму от И.В. Сталина такого содержания: «Примите мой привет и благодарность Красной Армии, тов. Герцен, за вашу заботу о санитарной службе Красной Армии».

После демобилизации с февраля 1944 г. И.Г. Герцен работал в УНИИТО младшим, а с 1946 г. – старшим научным сотрудником в ортопедической клинике и в отделе экспериментальной хирургии травматологической клиники. С 1955 г. – руководитель ортопедического отделения, с 1958 по 1960 г. – клиники травматологии. В 1946 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему «Диафизарные переломы костей предплечья и их лечение», в 1961 г. – докторскую на тему «Интрамедуллярный остеосинтез металлическим стержнем». В 1954 г. присвоено ученое звание «старший научный сотрудник» по специальности травматология и ортопедия. Автор 51 научной работы.

В июне 1960 г. был избран по конкурсу заведующим кафедрой травматологии и ортопедии Одесского медицинского института.

Литература

ГАНТСДСО. Ф. Р-20, Оп. 2, Д.19.

Гильберт Галина Петровна (1910–1979),

врач-хирург, кандидат медицинских наук

В годы ВОВ работала начальником 3-го отделения ЭГ 1705. С 1943 г. работала на кафедре госпитальной хирургии Свердловского медицинского института, затем перешла работать врачом травматологом в травматологическое отделение УНИИТО, затем – в организационно-методическом отдел.

В 1946 г. защитила кандидатскую диссертацию на тему: «Маммография в диагностике рака молочной железы».

Литература

Горбунова З.И. ЭГ 1705 и Уральский институт травматологии и ортопедии: исторический аспект (к 80-летию института) // Вестник травматологии и ортопедии им. В.Д. Чаклина. 2010; 3: 131.

Девятков Николай Николаевич (р. 1893),

врач-рентгенолог, кандидат медицинских наук, доцент

Родился в 1893 г. в Балашихе Московской области в семье врача. В 1911–1918 г. учился на медицинском факультете Императорского Московского университета. В 1915–1918 гг. в звании зауряд-врача служил в Действующей армии полковым врачом на Двинском Северном фронте. После окончания университета и получения звания лекаря с июля 1918 до 1921 г. служил в Красной Армии полковым врачом и врачом в военном госпитале. После демобилизации обучался в ординатуре в Казанском университете (1921–1923). В 1925 г. переехал в Свердловск, где работал рентгенологом в разных медицинских учреждениях. С 1932 по 1938 гг. работал в Уральском областном рентгенологическом институте, где в 1936 г. защитил кандидатскую диссертацию. Во время советско-финской войны и после нее (с января 1940 по апрель 1941 гг.) служил начальником рентгеновского кабинета ЭГ 1705.

В 1941–1946 гг. был начальником рентгенологического кабинета на станции Оловянная на Дальнем Востоке, затем – в Свердловске, в ЭГ 414.

После демобилизации с 1946 по 1957 гг. работал в УНИИТО заведующим рентгенологическим отделом, совмещая свою деятельность с работой в Свердловском медицинском институте (1945–1947). Из характеристики: «Николай Николаевич [Девятков] – оригинально мыслящий, пытливый исследователь, очень квалифицированный в различных областях знаний». Автор 27 научных работ.

Литература

ГАНТСДСО. Ф. Р-20, Оп. 2, Д.14; Горбунова З.И., Гюльназарова С.В. Специализированные травматологические эвакуогоспитали глубокого тыла в г. Свердловске: документальные материалы // Вестник травматологии и ортопедии им. В.Д. Чаклина. 2013; С. 1-2: 102-104.

Дубинина Елизавета Захаровна (р. 1910),

врач-нейрохирург, доктор медицинских наук

Родилась в 1910 г. в Ростов-на-Дону. В 1939 г. окончила Ростовский медицинский институт. В 1940 г. направлена в Свердловск на кафедру нейрохирургии (зав. – проф. Д.Г. Шефер).

22 июня 1941 г. после объявления войны явилась в военкомат и была направлена в ЭГ 1710. С 1942 г. – начальник отделения этого ЭГ. Делала по 5-8 операций в сутки. Всего провела более 10 тысяч операций.

С 1945 г. – старший научный сотрудник Института физических методов лечения. В 1946 г. защитила кандидатскую диссертацию на тему «Клиника и хирургическое лечение слепых ранений черепа и мозга по материалам госпиталя глубокого тыла». С 1950 по 1970 гг. работала в УНИИТО, где подготовила и в 1967 г. защитила докторскую диссертацию на тему «Некоторые вопросы клиники и лечения огнестрельных проникающих ранений черепа и

мозга у инвалидов Великой Отечественной войны в резидуальном периоде». С 1970 г. работала в ГКБ № 31 в Свердловске.

Литература

Архив Госпиталя ветеранов войн.

Зенькович Александра Иосифовна (1903–1954),

врач-нейрохирург, доктор медицинских наук

Родилась в 1903 г. С 1920 по 1925 гг. обучалась во 2-м Московском государственном университете на медико-педагогическом факультете. С 1926 по 1928 гг. обучалась в Астраханском медицинском институте, затем работала невропатологом в городах Шуе и Иваново. С 1932 г. – на Урале. Сначала работала в г. Серове невропатологом в городской больнице, затем переехала в Свердловск. В 1936 г. создала и возглавила детское неврологическое отделение в Областной детской больнице. В январе 1941 г. защитила кандидатскую диссертацию на тему «К этиологии и патогенезу самопроизвольной гангрены при болезни Рейно».

В 1941–1945 гг. работала в Свердловских эвакогоспиталях. Сначала – в ЭГ 1325 нейрохирургом. В 1943 г. переведена в ЭГ 1710, где заведовала нейрохирургическим отделением, которое затем было переведено в ЭГ 3867.

С 1946 г. работала в УНИИТО старшим научным сотрудником, руководителем отделения восстановительной хирургии. В 1952 г. защитила докторскую диссертацию на тему «Полисезонный энцефалит у детей». Опубликовала более 30 научных статей.

Литература

Научный архив УНИИТО.

Иофе Марк Соломонович (1897–1971),

врач-хирург, кандидат медицинских наук, доцент

Родился в 1897 г. в Гродно в семье ремесленника. В 1918–1925 гг. учился в Ленинграде: 4 года в Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова и один год – в Ленинградском медицинском институте. После получения диплома врача работал ординатором хирургических отделений Больницы имени 25 октября в Ленинграде и Окружной больницы в г. Шадринске, затем – главным врачом последней. В 1932–1934 гг. работал в Свердловске главным врачом Верх-Исетской поликлиники, в 1934–1937 гг. – помощником директора Лечебного объединения Уралмашзавода, в 1937–1939 гг. – заведующим отделением неотложной хирургии ГКБ № 3, в 1940–1941 гг. – ассистентом, а в 1946 – 1964 гг. – доцентом кафедры общей хирургии Свердловского медицинского института.

В 1939–1940 гг. – начальник ЭГ 1708, а с 1941 г. по 1945г. – начальник отделения ЭГ 414. В 1944 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему «Длительно незаживающие раны и язвы после огнестрельного ранения».

С февраля 1946 г. по август 1948 г. работал заведующим клиникой ортопедии и протезирования УНИИТО, одновременно являлся доцентом кафедры общей хирургии Свердловского медицинского института. Опубликовал 19 научных работ (до 1948 г.).

Литература

ГАНТСДСО. Ф. Р-20, Оп. 2, Д.2; *Соркин Ю.* Известные врачи-евреи Екатеринбурга. Екатеринбург, 1997.

Коваленко Марианна Ивановна⁵¹

врач-травматолог, кандидат медицинских наук

В 1941–1943 гг. работала ординатором IV отделения ЭГ 1705. С 1943 г. после реорганизации госпиталя – в УНИИТО в травматологическом отделении, где в 1950-е гг. заведовала физиотерапевтическим отделением. В 1948 г. защитила кандидатскую диссертацию на тему «Клиника и лечение трофических язв стопы после огнестрельного ранения седалищного нерва», выполненную на материале лечения раненых и инвалидов Великой Отечественной войны.

Литература

Горбунова З.И. Эвакогоспиталь № 1705 и Уральский институт травматологии и ортопедии: исторический аспект (к 80-летию института) // Вестник травматологии и ортопедии им. В.Д. Чаклина. 2010; 3: 131-132.

Лубегина Зоя Петровна (1919–2012)

врач-травматолог, заслуженный деятель науки РСФСР, доктор медицинских наук, профессор

Родилась в 1919 г. в Кирове. В 1936 г. поступила в Свердловский медицинский институт. В 1939 г. была направлена для продолжения учебы в Куйбышевскую военно-медицинскую академию. В сентябре 1941 г. после окончания IV курса академии была призвана в КА и направлена на фронт «зауряд-врачом» в звании военврач 3-го ранга. Воевала хирургом 458-го МСБ 362-й стрелковой дивизии на Калининском фронте. В июле 1942 г. была демобилизована и поступила на работу в УНИИТО врачом-интерном. Во время ВОВ выезжала в эвакогоспитали Урала для оказания помощи раненым травматологического профиля.

В 1946–1947 гг. продолжила учебу в Свердловском медицинском институте, где получила диплом врача. После этого продолжила работу в УНИИТО в должностях: младшего, старшего научного сотрудника, руководителя ортопедического отделения для взрослых. С 1959 по 1985 гг. руководила УНИИТО, проявив себя как талантливый ученый, хирург, педагог и организатор здравоохранения. Исследования посвящены лечению паралитических деформаций стоп, теоретическому обоснованию и применению технологии

⁵¹ Год жизни не установлены – прим ред.

хирургического лечения огнестрельного остеомиелита и обширных костных дефектов аллотрансплантатами, а также разработке научных основ организации ортопедо-травматологической помощи населению. Результаты этих исследований обобщены в диссертациях: кандидатской на тему «Оперативное лечение деформации стоп после детского паралича» (1951) и докторской на тему «Оперативное лечение хронического огнестрельного остеомиелита» (1964). В 1959 г. возглавила Межобластной центр по борьбе с полиомиелитом, организовала раннее выявление и лечение врожденных и приобретенных заболеваний опорно-двигательной системы у детей, расширила сеть детских санаториев. По ее инициативе были открыты 7 школ-интернатов для детей с остаточными явлениями полиомиелита, сколиозом, врожденными расщелинами губы и неба. В 1967 г. присвоено звание «профессор», в 1982 г. – заслуженный деятель науки РСФСР. Опубликовала 120 научных работ, 2 монографии. Под ее руководством выполнено 5 докторских и 17 кандидатских диссертаций.

Награждена орденами «Знак Почета», «Дружбы народов», Отечественной войны II степени, 18 медалями.

Литература

Кутенов С.М., Стахеев И.А., Горбунова З.И. Вклад профессора З.П. Лубегиной в развитие травматологии и ортопедии на Урале // Медицина и техника. 2000; 11: 12-13;

Уральский институт травматологии и ортопедии: избранные страницы истории. 1931–2011 гг. Екатеринбург, 2011: 12-13;

З.П. Лубегина // Вестник травматологии и ортопедии Урала. 2012; С. 1- 2: 140; ГАНТСДСО. Ф. Р-20, Оп. 2, Д. 53.

Смирнова Елена Евгеньевна (р. 1898),

врач-организатор здравоохранения, кандидат медицинских наук

Родилась в 1898 г. в г. Катав-Ивановске Башкирской АССР. В 1929 г. закончила медицинский факультет Пермского государственного университета. Работала г. Ревде Свердловской области врачом (1929–1935) и начальником горздравотдела (1935–1938). В 1938– 941 гг. – научный сотрудник Института охраны материнства (г. Свердловск).

С июля 1941 г. по июнь 1942 г. работала начальником медчасти ЭГ 1709. В мае 1942 г. назначена начальником ЭГ 3742. С июня 1942 г. по апрель 1943 г. работала старшим лечебным инспектором Управления ЭГ Свердловского облздравотдела, с апреля 1943 г. – заместитель начальника лечебного сектора Управления ЭГ.

С мая 1946 по октябрь 1948 гг. – начальник Управления ЭГ, заместитель заведующего Свердловским облздравотделом. За время работы в Управлении ЭГ написала и доложила 7 работ по вопросам организации лечебной работы в ЭГ. В 1948–1951 гг. работала в УНИИТО главным врачом, с 1951 по 1965 гг. – руководителем организационно-методического отдела.

В 1954 г. защитила кандидатскую диссертацию на тему «Современная оценка и значение опыта и организации работы эвакуогоспиталей Свердловского облздравотдела в Великой Отечественной войны». В дальнейшем темы исследований касались медицинского обслуживания населения в условиях ликвидации санитарных последствий войны, диспансеризации инвалидов ВОВ. В середине 1960-х гг. на Свердловском телевидении сделала серию передач об эвакуогоспиталях глубокого тыла. Опубликовала 21 научную работу.

Награждена: орденом «Знак почета», медалями.

Литература

ГАСО. Ф. Р-2514.

Тарковская Ванда Яновна (р. 1900),

врач-травматолог, кандидат медицинских наук

Родилась в 1900 г. в Днепропетровске. В 1923 г. окончила медицинский факультет Харьковского университета. Студенткой работала медицинской сестрой в Украинской рентгенологической академии. С 1924 по 1926 г. работала врачом-интерном в Медико-механическом институте (Харьков). В 1927–1930 гг. обучалась в ординатуре в ортопедическом отделении Московского института физиатрии и ортопедии. В мае 1931 г. приехала в Свердловск и поступила на работу в травматологическое отделение Физioterпевтического института, которое в сентябре 1931 г. было преобразовано в УНИИТО. Работала научным сотрудником УНИИТО и вместе в Ф.Р. Богдановым принимала участие в организационной и учебной работе вновь созданного В.Д. Чаклином института. Автор главы «Клиника и лечение открытых переломов» в монографии В.Д. Чаклина «Переломы костей и их лечение» (1936). В 1937 г. по совокупности научных работ удостоена ученой степени кандидата медицинских наук. С 1938 г. – в Свердловском медицинском институте. В советско-финскую войну работала начальником отделения ЭГ 1705.

В 1941–1943 гг. работала в том же ЭГ начальником медицинской части и ведущим хирургом. В 1943 г. госпиталь был преобразован в госпиталь для инвалидов ВОВ, а через 2 месяца больница была объединена с УНИИТО. В 1943–1944 гг. – главный врач УНИИТО. С 1944 г. – в Москве; ведущий хирург, затем – начмед госпиталя для инвалидов ВОВ, на базе которого позднее была создана клиника Центрального института травматологии и ортопедии (консультант проф. В.Д. Чаклин). С 1966 г. – на заслуженном отдыхе. Стаж работы практическим врачом – 42 года.

Награждена орденом Трудового Красного Знамени, медалями.

Литература

ГАСО. Ф. Р-2514; Тарковская В.Я. Воспоминания ортопеда 20-х годов // Хирург Федор Богданов. Екатеринбург, 2000: 69-79.

Томашевская Анна Георгиевна (р. 1903),*врач-окулист и офтальмохирург, кандидат медицинских наук, доцент*

Родилась в 1903 г. в г. Ишиме в семье служащего. В 1938 г. окончила Свердловский медицинский институт, в 1940 г. – клиническую ординатуру по глазным болезням.

В 1941 г. работала консультантом-окулистом в ЭГ 1709, совмещая эту работу до июня 1942 г. с работой врача-окулиста в глазной больнице г. Свердловска. С июня 1942 г. работала в ЭГ 1710 заведующей глазным отделением. Вела до 80 больных. Работала вместе с доцентов М.В. Мухиным, занимаясь пластикой мягких тканей приглазничной области и глазницы. Предложила свои методики и операции, за что была награждена Почетной грамотой Наркомата здравоохранения СССР (1943).

С октября 1945 г. переведена в УНИИТО. Работала в должностях младшего научного сотрудника (1943), старшего научного сотрудника (1948). В 1948 г. защитила кандидатскую диссертацию на тему «Пластические операции при дефектах и деформациях век огнестрельного происхождения». В 1952 г. начала работать над докторской диссертацией на тему «Пластические операции приглазничной области». За период с 1942 по 1955 г. провела 1500 пластических операций. В 1955–1956 гг. заведовала кафедрой глазных болезней Свердловского медицинского института, получила ученое звание доцента. С 1956 г. – руководитель клиники глазной травмы в Донецком НИИТО. Ею разработан метод одномоментной комбинированной сквозной первичной пластики века и приглазничной области при резекции их по поводу злокачественных новообразований (300 операций).

Литература

ГАСО. Ф. Р-2514.

Улицкий Георгий Иванович (1906–1976),*врач-травматолог, кандидат медицинских наук, доцент*

Родился в Петербурге. В 1931 г. окончил медицинский факультет Пермского государственного университета, работал хирургом в Нижней Салде Свердловской области. В апреле 1931 г. был призван на действительную службу в КА, служил в должности младшего врача Челябинского полка. В октябре 1931 г. демобилизовался и работал в ГБ № 3 г. Свердловска под руководством доктора Л.В. Лепешинского, затем – в клиническом отделении профессора А.Т. Лидского. После службы в течение трех лет на Дальнем Востоке в 1936 г. поступил в аспирантуру УНИИТО. После окончания аспирантуры работал научным сотрудником института. Во время боевых событий на р. Халкин-Гол по правительственному заданию с 15 июля по 15 октября 1939 г. был командирован в Окружную военный госпиталь г. Читы для «лечения бойцов, участвовавших в конфликте с Монгольской

Народной республикой». В период советско-финской войны с января по октябрь 1940 г. был начальником травматологического отделения ЭГ 1707 в Свердловске. За успешную работу получил благодарность от наркома здравоохранения РСФСР и почетную грамоту от командования Уральского военного округа.

С июля 1941 г. работал начальником хирургического отделения ЭГ 1223 во Владивостоке, одновременно участвовал в создании и заведовал ортопедическим отделением НИИ физиотерапии, читал лекции по травматологии на курсах усовершенствования врачей, обучал гипсовых техников. С сентября 1943 г. по май 1946 г. заведовал ортопедическим и нейрохирургическим отделениями Приморского краевого госпиталя для инвалидов ВОВ (г. Владивосток). Во время войны с Японией служил начальником хирургического отделения ЭГ в г. Медзаводске.

После демобилизации вернулся в УНИИТО, где руководил детским ортопедическим отделением; одновременно являлся ассистентом кафедры общей хирургии Свердловского медицинского института. В 1949 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему «Мышечно-сухожильная пластика при “непоправимых” параличах лучевого нерва». В 1955 г. получил звание доцента. С 1959 г. работал заместителем директора УНИИТО по научной работе, с 1967 г. руководил отделением последствий травмы. Как изобретатель и рационализатор предложил новые способы восстановительного лечения и конструкции аппаратов. Руководил четырьмя кандидатскими диссертациями.

Награжден орденом Трудового Красного Знамени, медалями.

Литература

ГАСО. Ф. Р-2514.

Файвишенко Эзра Львович (р. 1902),*врач-хирург, доктор медицинских наук, старший научный сотрудник*

Родился в 1902 г. в Киеве. В 1927 г. закончил Днепропетровский медицинский институт, после чего до 1930 г. работал в Чувашии. В 1930–1933 гг. – старший ординатор, заведующий хирургическим отделением Шуйской окружной больницы. В 1933–1936 гг. заведовал хирургическим отделением в г. Серове, затем был избран старшим ассистентом, доцентом кафедры госпитальной хирургии Свердловского медицинского института. В 1939 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему «Экстраплевральная пломбировка как метод лечения легочных нагноений». Первым на Урале стал выполнять лобэктомии и операции удаления опухолей средостения. С января 1940 г. мобилизован в КА, был начальником хирургического отделения ЭГ 1707, а с конца 1940 г. – заместитель начальника корпусного госпиталя (Челябинск).

С июня 1941 г. был начальником хирургического отделения и консультантом группы госпиталей Западного Фронта. В августе 1941 г. эвакуирован в Свердловск. Был консультантом созданного им же торакального госпиталя. С августа 1941 г. до 1946 г. – старший хирург медицинского распорядительного эвакуационного пункта № 91, где проявил себя как опытный организатор лечения раненых в госпиталях.

С 1946 по июнь 1947 гг. – начальник хирургического отделения Окружного военного госпиталя № 354. С 1947 г. – старший научный сотрудник УНИИТО, с 1949 г. по 1953 г. – заведующий клиникой восстановительной хирургии. Научные проблемы: лечение легочных нагноений, слепых ранений легких, удаление инородных тел из легких и сердца. Лично убрал инородные тела у 312 раненых. В 1948 г. защитил докторскую диссертацию на тему «Слепые огнестрельные ранения легких». Из письма в МЗ РСФСР от инвалида Великой Отечественной войны А.П. Фомина из г. Шахунья Горьковской области от 26 июля 1952 г.: «8 долгих лет я искал помощи советской медицины и не находил положительных результатов. Благодаря врачу Файвишенко Э.Л., д. м. н., г. Свердловск, институт УНИИТО, проводившего мне операцию, в настоящее время я только через него получил возможность продления своей жизни. Сейчас чувствую себя положительно хорошо. Убедительная просьба объявить благодарность Э.Л. Файвишенко за спасение моей жизни, о чем прошу поставить меня в известность». С 1953 г. – заведующий отделением легочной хирургии Института туберкулеза. Опубликовал 27 научных работ.

Литература

ГАНТСДСО. Ф. Р-20, Оп. 2, Д. 12.

Фамелис Александр Матвеевич (1896–1953),

врач-травматолог, кандидат медицинских наук

Родился в 1896 г. в семье служащего. Высшее медицинское образование получил в 1924–1925 гг. В 1926–1928 гг. – усовершенствовался по хирургии. В 1926–1933 гг. – ординатор Благовещенской больницы и Института физической культуры. В 1932–1933 гг. – ассистент кафедры хирургии Дальневосточного медицинского института. В 1934–1937 гг. – ассистент кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии Свердловского медицинского института. С 1935 г. – младший научный сотрудник, заведующий отделением УНИИТО. В 1937 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему «Повреждения периферических нервов верхней конечности». В советско-финскую войну работал в ЭГ 1710 в Свердловске, где впервые стал широко оперировать на периферических нервах.

С октября 1940 г. по июль 1941 г. – старший ассистент кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии Свердловского ГМИ. С августа

1941 г. по 1953 г. работал начальником хирургического отделения по профилю «травматология» в 310-м Приморском окружном военном госпитале; одновременно преподавал на кафедре топографической анатомии и военно-полевой хирургии.

После демобилизации вернулся в УНИИТО, где работал с марта по август 1953 г. в должности заместителя руководителя травматологического отделения. Из выписки протокола заседания Ученого Совета УНИИТО: «А.М. Фамелис – способнейший ученик В.Д. Чаклина, отличный администратор, прекраснейший хирург, знающий оперативную хирургию, нейрохирургию».

Награжден орденом Красной Звезды, медалями.

Литература

ГАНТСДСО. Ф. Р-20, Оп. 2, Д. 11; Уральский институт травматологии и ортопедии: избранные страницы истории. 1931–2011 гг. / Сост. З.И. Горбунова. Екатеринбург, 2011: 24, 26.

Февралева Тамара Александровна (р. 1908),

врач-хирург, травматолог

Родилась в 1908 г. в г. Серове в семье служащего. После окончания медицинского факультета Пермского университета в 1930 г. работала врачом в г. Кыштыме. С сентября 1932 г. по 1935 г. работала в УНИИТО, в 1936–1939 гг. – хирургом в больницах Свердловска.

В 1941 г. была призвана в КА, попала в окружение. С 1941 г. по 1945 г. воевала на Украинском и Белорусском фронтах.

После демобилизации работала в УНИИТО. В 1949 г. создала и заведовала травматологическим отделением Городской клинической больницы № 1 в Свердловске.

Награждена орденом Красной Звезды.

Литература

Научный архив УНИИТО.

Федотова Раиса Григорьевна,

врач-хирург, травматолог, доктор медицинских наук, старший научный сотрудник

Родилась в 1914 г. в селе Прокудине Новосибирской области, с 1930 по 1932 гг. училась в медицинском техникуме в Барнауле, работала фельдшером, а затем с 1934 по 1939 гг. училась в Томском медицинском институте, после окончания которого работала хирургом.

С августа 1941 г. по май 1947 г. работала в одном из ЭГ в г. Томске хирургом.

После ликвидации ЭГ работала хирургом в городской больнице г. Томска, костно-суставном туберкулезном санатории, детской областной больнице. С 1950 по 1957 гг. по совместительству работала на кафедре детской хирургии Томско-

го медицинского института. В 1955 г. защитила кандидатскую диссертацию на тему «Влияние наркотического сна на развитие и течение экспериментального острого гнойного гонита у молодых кроликов». В 1957 г. переехала в Свердловск и поступила работать в УНИИТО. Вначале – младшим научным сотрудником, с 1959 г. – старшим, с 1970 по 1976 гг. работала врачом. В 1968 г. получила ученое звание старшего научного сотрудника. В 1971 г. защитила докторскую диссертацию на тему «Оперативное удлинение укороченной нижней конечности у детей и подростков». Участвовала в подготовке молодых специалистов, организационно-методической работе в лечебно-профилактических учреждениях Свердловской и Тюменской областей. Опубликовала 32 научные работы.

Литература

ГАНТСДСО. Ф. Р-20, Оп. 2, Д. 46.

Фрумина Белла Ефимовна,

врач-хирург

В 1941 г. закончила зубоветеринарную школу в Свердловске, была призвана в КА, служила начальником стоматологического кабинета в танковом полку на Уралмаше. В 1943 г. была направлена в ЭГ 1710, где занималась шинированием челюстно-лицевых раненых и больных в послеоперационном периоде. Работала, не считаясь со временем, в выходные дни и праздники.

С 1945 по 1964 г. работала в клинике челюстно-лицевой хирургии УНИИТО хирургом. В 1962–1963 гг. заведовала лабораторией сложного челюстно-го протезирования. С 1964 г. работала в стоматологической поликлинике № 7 г. Свердловска.

Литература

Научный архив УНИИТО.

Ханякина Анна Яковлевна (р. 1904),

кандидат педагогических наук, старший научный сотрудник

Родилась в 1904 г. в Екатеринбурге. Окончила Московский институт физической культуры и после его окончания работала в Свердловске. С 1936 по 1941 г. работала методистом, заведующей физкультурным сектором Дворца Пионеров.

С 1941 по 1946 гг. работала в ЭГ 1710 и ЭГ 5966 методистом и заведующей кабинетом лечебной физкультуры. С 1946 по 1963 гг. работала в УНИИТО заведующей кабинетом лечебной физкультуры, младшим и старшим научным сотрудником. В 1955 г. защитила кандидатскую диссертацию на тему «Лечебная гимнастика до и после артропластики крупных суставов». Старший научный сотрудник по специальности «физическая культура». Проводила большую организационную и реабилитационную работу в санаториях «Шарташ», «Глядены», «Озеро Горькое», организовала обуче-

ние методистов, демонстрации больных на научно-практических конференциях УНИИТО. Опубликовала 21 научную работу.

Литература

ГАНТСДСО. Ф. Р-20, Оп. 2, Д. 25.

Чеботарева Антонина Яковлевна (р. 1905),

врач – травматолог-ортопед, кандидат медицинских наук

Родилась в 1905 г. в Новосибирске, в семье служащих. С 1926 по 1931 гг. училась в Томском медицинском институте, с 1931 по 1934 гг. работала в амбулаторной сети. С 1934 по 1937 гг. – ординатор кафедры травматологии и ортопедии Новосибирского института ГИДУВ, в 1937–1941 гг. – ассистент той же кафедры.

С июня 1941 г. по январь 1944 г. – начальник отделения и ведущий хирург Новосибирского ЭГ 1503 и ЭГ 2493. Одновременно продолжала работать ассистентом кафедры травматологии и ортопедии ГИДУВа.

С 1944 г. работала в УНИИТО научным сотрудником. В 1949 г. защитила кандидатскую диссертацию на тему «Остеосинтез переломов и псевдоартроз шейки бедра трехлопастным гвоздем». С 1950 г. – старший научный сотрудник и заведующая ортопедической клиникой УНИИТО, с 1952 по 1962 г. принимала амбулаторных больных. Опубликовала 9 печатных работ.

Награждена: орденом «Знак Почета», медалями.

Литература

ГАНТСДСО. Ф. Р-20, Оп. 2, Д. 21.

Чиненков Анатолий Викторович (р. 1919),

врач – травматолог-ортопед, доктор медицинских наук, старший научный сотрудник

Родился в 1919 г. в Ровно Украинской ССР в семье служащих. В 1941 г. окончил Свердловский медицинский институт. Студентом увлекался научными исследованиями. Участь на III курсе, выполнял научную работу на тему «К архитектонике сращений лопатки».

В июне 1941 г. после окончания института призван в КА, служил врачом отдельного саперного батальона на Северо-Западном Фронте. В боях под Старой Руссой получил тяжелую контузию с ушибом мозга. Демобилизован по состоянию здоровья. Возвратился в Свердловск и работал в УНИИТО врачом с декабря 1941 г. по апрель 1943 г.: осваивал основы специальности, принимал участие в преподавательской работе на кафедре травматологии и ортопедии Свердловского медицинского института. Разработал транспортную шину для верхней конечности, «скользящую» шину для лечения нижних конечностей. В апреле 1943 г. ушел добровольцем на фронт. Воевал на Калининском фронте (хирург СЭГ 1895), затем служил начальником ХППГ

596 3-й танковой армии. В составе 1-го Украинского Фронта до июля 1945 г. участвовал в боях за Львов, Силезию, Прагу, Берлин. Был дважды контужен. Подготовил и сдал в печать 3 научные работы, в которых обобщил свой опыт лечения газовой гангрены внутриапериартериальными вливаниями, а также дополнения к методу оживления (в стадии клинической смерти)». В 1946 г. эти работы были опубликованы.

С августа 1945 г. работал в УНИИТО: младшим и старшим научным сотрудником (1952), руководителем нейрохирургического отделения (1956), подросткового отделения, ученым секретарем института. В 1948 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему «Материалы к вопросу выявления остаточной дремлющей инфекции», в 1960 г. – докторскую на тему «Восстановительные операции при дефектах суставных концов». В 1962 г. присвоено звание старшего научного сотрудника. Талантливый изобретатель, стал автором 21 рацпредложения. Создал оригинальные методы костно-пластических и реконструктивных операций при дефектах суставных концов. С 1967 г. заведовал кафедрой травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии Свердловского медицинского института. Опубликовал 77 научные работы в период работы в УНИИТО.

Награжден орденом Красной Звезды, медалями.

Литература

ГАНТСДСО. Ф. Р-20, Оп. 2, Д. 30.

Штернберг Иосиф Яковлевич (1895–1970),

доктор медицинских наук, профессор

Закончил Ленинградский медицинский институт, затем – аспирантуру в Ленинградском институте протезирования у профессора Альбрехта, завершившуюся защитой кандидатской диссертации. После переезда в Свердловск в 1933 г. и до июня 1941 г. работал в УНИИТО и на Свердловском протезном заводе, заведывая его медицинской частью. В 1940 г. впервые провел операцию удлинения культы конечности.

С первых дней ВОВ работал консультантом специализированных госпиталей для больных с ампутационными дефектами конечностей, продолжая совмещать это с работой на протезном заводе. Широко оперировал не только в этих госпиталях, но и в тех, где были раненые с ампутационными дефектами конечностей. Во время войны написал и издал три монографии: «Ошибки и упущения при первичной ампутации верхних и нижних конечностей с точки зрения современного протезирования» (1941), «Оперативная реконструкция ампутированных конечностей и протезы» (1942), «Модификация операции Пирогова» (1942).

После окончания войны возвратился в УНИИТО. В 1948 г. был назначен заместителем директора по научной работе Иркутского НИИТО (дир. –

проф. З.В. Базилевская). Опубликовал 22 научные работы в период работы в Институте.

Литература

ГАСО. Ф. Р-2514.

Эдельштейн Григорий Львович (р. 1899),

врач-хирург, доктор медицинских наук, старший научный сотрудник

Родился в 1899 г. в Днепропетровской области, в семье служащих. В 1919–1925 гг. обучался на медицинском факультете Томского государственного университета. По окончании вуза с 1925–1929 гг. работал ординатором хирургической клиники. В 1929 г. в качестве хирурга военного госпиталя принимал участие в боевых действиях на Китайско-восточной железной дороге в Маньчжурии. В 1930–1936 гг. работал хирургом, заведующим травматологическим отделением в Кузбассе. С 1936 г. – ассистент кафедры травматологии и ортопедии Ленинградского медицинского института и одновременно с сентября 1941 г. – старший научный сотрудник Ленинградского НИИТО им. Р.Р. Вредена (ЛИТО). С сентября 1939 г. по ноябрь 1940 г. участвовал в советско-финской войне.

Во время ВОВ находился в Ленинграде, работал в госпитале, развернутом на базе НИИТО им. Р.Р. Вредена, был консультантом госпиталя № 100. В 1943 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему «Техника консервативного вправления отломков при переломах костей предплечья». В 1945 г. получил ученое звание «старший научный сотрудник». В 1943–1952 гг. – ассистент кафедры травматологии и ортопедии Ленинградского ГИДУВ. В характеристике, подписанной директором ЛИТО профессором Сазоновым и парторгом, кандидатом медицинских наук Балакиной, отмечены научные заслуги Г.Л. Эдельштейна: «...прекрасный товарищ, охотно помогает молодым сотрудникам...», а в отзыве профессора, заслуженного деятеля науки РСФСР М.И. Куслика, отмечены заслуги Г.Л. Эдельштейна как педагога и «...способного клинициста, владеющего в совершенстве техникой ортопедических операций». Опубликовал 41 научную работу, получил 20 свидетельств на рацпредложения и изобретения; из них до сих пор используется аппарат для вправления переломов костей предплечья, подставка для наложения гипсовых повязок, шина для вытяжения при переломах нижних конечностей». С февраля 1952 г. работал главным хирургом г. Сталинска (Кузбасс), читал курс лекций по травматологии и ортопедии в Институте усовершенствования врачей. В 1958 г. защитил докторскую диссертацию на тему «Костная ауто- и гетеропластика (перестройка трансплантатов) при их раздельном и комбинированном применении в клинике и эксперименте». Работал в УНИИТО с 1954 по 1958 г. С ноября

1958 г. заведовал кафедрой травматологии и ортопедии Казахского медицинского института в г. Алма-Ате.

Литература

ГАНТСДСО. Ф. Р-20, Оп. 2, Д. 16.

Изучение биографий сотрудников УНИИТО позволило проследить становление врачей-практиков как ученых в военные и первые послевоенные годы, обусловленное их уникальным опытом, полученным в Великую Отечественную войну 1941–1945 гг. В эти годы в УНИИТО разрабатывались наиболее эффективные методы лечения последствий боевых травм различных локализаций, которые способствовали активному развитию челюстно-лицевой хирургии, разработке реконструктивно-восстановительных операций на опорно-двигательном аппарате, лечению огнестрельного остеомиелита и др. Полученный опыт в общей и челюстно-лицевой хирургии, травматологии и ортопедии, стоматологии и нейрохирургии бесценен и обобщен в научных трудах и диссертационных работах как военного, так и послевоенного времени, а многие из разработанных хирургических методик стали классическими и используются до настоящего времени.

ПАРАДИГМА ИЛИЗАРОВА

Губин А.В., Борзунов Д.Ю.

ФГБУ «Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» им. акад. Г.А. Илизарова» Минздрава России (Курган, Россия)

Распространенность и активность использования метода Г.А. Илизарова в 70-80-х гг. XX в. и, в меньшей степени, в первом десятилетии XXI в. невозможно преувеличить, что вполне объяснимо. Дело в том, что в СССР, а затем – в России серьезных альтернатив наружным аппаратам остеосинтеза не существовало. Имобилизация гипсом, скелетное вытяжение и открытые операции погружного остеосинтеза с несовершенными, часто самодельными фиксаторами, легко поддавались критике и выглядели архаично. Эндопротезирование было редкой операцией и не имело государственной системы поддержки для массового применения. Таким образом, метод Илизарова действительно являлся мощным «инструментом» для решения практически любого круга проблем ортопедии и травматологии, требующих остеосинтеза [1, 2, 3, 4, 5, 6].

Так, к 1986 г. число пациентов, лечившихся с применением чрескостного остеосинтеза, только на территории СССР превысило 530 тысяч человек [1]. Ориентирование исследований на фактически неограниченный спектр клинических ситуаций определило использование чрескостного остеосинтеза при различной патологии и появление оригинальных способов лечения. Развитие в дальнейшем погружных технологий остеосинтеза в ортопедии и травматологии привели к сужению показаний или отказу от использования ряда технологий чрескостного остеосинтеза, которые в настоящее время представляют академический интерес или используются только в некоторых клиниках [7, 8, 9, 10, 11, 12].

За рубежом также был пик использования метода внешней фиксации костных отломков, составившего достойную конкуренцию другим методам лечения [9]. Аппараты для его реализации не требовали высокотехнологичного оборудования и дорогих материалов для производства и использовались, как многоразовые. Возможность, а при решении ряда клинических задач – необходимость дозированного перемещения костных отломков с обеспечением и контролем восстановительных и формообразовательных процессов в костных тканях обеспечивали снижение агрессивности оперативных вмешательств и соответственно требований к глубине наркоза, актуальности проблемы восполнения кровопотери, исключали потребность в проведении интенсивной терапии в послеоперационном периоде [1]. Низкая травматичность оперативных вмешательств, возможность мониторинга

и активного внесения корректив в лечебный процесс в послеоперационном периоде уменьшали или исключали фатальность неблагоприятных исходов при технических погрешностях остеосинтеза или некорректно выбранной тактике лечения. При чрескостном остеосинтезе можно было обойтись и без низкодозного рентгеновского контроля (С-дуги), который необходим при малоинвазивном погружном остеосинтезе. Вынос системы удержания и манипулирования костными фрагментами за пределы человеческого тела был колоссальным толчком для научного поиска и усовершенствований аппаратов внешней фиксации.

Изобретатели были практически не ограничены в создании новых узлов и деталей аппаратов. Это породило «гонку вооружений» за лучшее, наиболее совершенное устройство [10, 11, 12, 17, 18, 19]. К началу 1990-х гг. было известно более 300 только отечественных аппаратов внешней фиксации, а по проблемам остеосинтеза наша страна занимала первое место в мире по удельному весу полезных моделей, причем 80% касались метода чрескостного остеосинтеза [2, 5]. К сожалению, большинство авторских предложений остались в рамках оригинальных разработок, не получив признания и широкого практического использования. Это соревнование среди специалистов по чрескостному остеосинтезу не ослабевает и поныне, в чем-то стимулируя прогресс метода, но при этом поддерживает идеологические распри и разобщенность исследователей и конструкторов, затмевающие суть реальных проблем [19].

Необходимо отметить, что методики интрамедуллярного и накостного остеосинтеза принципиально эволюционировали. Применение блокирующих узлов в интрамедуллярных конструкциях и накостных пластин с угловой стабильностью стало новым эволюционным витком в развитии погружных технологий остеосинтеза [20-30]. За более чем полувековой период активного применения пассивная погружная фиксация костных отломков приобрела свойства и признаки динамической и управляемой системы. Количество частых еще 10-20 лет назад осложнений погружного остеосинтеза сокращается. Осложнения, в основном, связаны не с недостатком методов, а с нарушением технологий их применения, что в равной степени характерно для чрескостного остеосинтеза. Сегодня мы имеем возможность массово применять высокотехнологичные системы погружной фиксации и эндопротезы при системной финансовой поддержке государства. При этом большинство проблем эндофиксаторов эффективно решается за счет современных средств интраоперационного контроля и мониторинга, предоперационного планирования с использованием КТ, МРТ, практически безграничных возможностей анестезиологии-реанимации и прогресса средств профилактики инфекционных осложнений (системы чистых помещений, новых поколений антибиотиков и антисептиков и т.д.).

Таким образом, психологически объяснимо и вполне традиционно называть сложившуюся ситуацию с применением метода Илизарова кризисом. Действительно, в России специалистов и учреждений, где в настоящее время активно применяют наружный чрескостный остеосинтез, небольшое количество. Наблюдавшийся успех управляемого наружного чрескостного остеосинтеза имеет, помимо принципиальных основ, объективные исторические аспекты. Он не должен и не может в принципе служить альтернативой всем другим методам. Существует, к сожалению, механистический подход, предполагающий, что метод Илизарова ограничивается только управляемым наружным чрескостным остеосинтезом. Однако этот метод давно вышел за рамки методологии и инструментария, которые когда-то и считались его двигателем и сутью. Так, обоснованные Г.А. Илизаровым положения «о влиянии напряжения растяжения на генез тканей» и «об адекватности кровоснабжения и нагрузки» применяются в настоящее время при удлинении на интрамедуллярном или накостном дистракторе [31, 32, 33]. Пластины с боковой устойчивостью работают как монологические внеочаговые аппараты в режиме фиксации. В хирургии позвоночника успешно применяется чрескостный погружной остеосинтез с множеством приемов, сходных с приемами, используемыми для аппаратов наружной фиксации. Все эти методики имеют близкие элементы и подходы, но не являются методом Илизарова.

Таким образом, только отсутствие слишком твердой трактовки метода Илизарова может привести к гармоничной интеграции основополагающих принципов академика Г.А. Илизарова и других технологий остеосинтеза.

Целью статьи является определение перспективных направлений научных исследований, ориентированных на внедрение и использование в клинической практике метода Г.А. Илизарова в рамках его совершенствования.

Определение понятий. Метод Илизарова мы рассматриваем как многогранное и многоплановое фундаментальное направление в медицине, основанное на биологических законах и собственной философии. Следующие положения и принципы метода являются основополагающими:

- влияние напряжения растяжения на биосинтетическую активность тканей (закон Илизарова);
- адекватность кровообращения и нагрузок: форма и объем кости находятся в определенной зависимости от нагрузки и кровоснабжения;
- возможность управления процессом лечения;
- малая инвазивность и неагрессивность оперативного вмешательства;
- возможность ранней функции и нагрузки конечности.

Аппарат Илизарова – прекрасный и по совокупности характеристик, возможно, лучший из когда-либо созданных инструментов для работы по методу Илизарова, но, как и любое другое устройство, не является един-

ственным основополагающим элементом метода. Это скорее инструмент, позволяющий реализовать принципы, заложенные автором в философию метода.

Научные направления развития метода Илизарова. Метод Илизарова – важная и неотъемлемая часть современной ортопедии и травматологии. В его системном и многоплановом развитии заинтересованы все специалисты, так как часть патологических состояний может быть сегодня эффективно излечена только с его помощью. Проблемы и задачи, возникающие на пути развития метода Илизарова и стоящие перед учеными, занимающимися чрескостным остеосинтезом, могут быть сконцентрированы в следующих четырех направлениях – определениях: 1) Барьер; 2) Контроль; 3) Стимуляция; 4) Комфорт.

Барьер. Направление базируется на концепции естественной бактерицидной активности тканей, возникающей при напряжении растяжении, являющейся альтернативой массивной и длительной антибактериальной терапии в послеоперационном периоде [35-38]. Содержание в очаге поражения терапевтических доз эффективных антибиотиков проблематично из-за нарушенной локальной реологии тканей в компрометированных тканях, побочных токсических и аллергических реакций при длительном применении антибактериальных препаратов и сложившейся тенденции к повышению резистентности микрофлоры и изменению ее пейзажа [39-41]. Несмотря на то, что большинство авторов говорят об отсутствии влияния воспаления в области фиксаторов на конечный результат и огромном разбросе статистических данных, сама активность обсуждения данных осложнений не дает усомниться в их актуальности [42-44]. В это направление мы вкладываем все разработки, позволяющие устранить одну из основных, по мнению оппонентов, слабых сторон чрескостного остеосинтеза и типичных для критики проблем – проникновения инфекции по каналам, сформированным при проведении спиц и стержней. Хорошо описаны технологические аспекты проведения операций с минимальной травматизацией тканей, выбором заточки спиц и оборотом вращения дрели, важностью правильного натяжения спиц и контролем жесткости фиксации отломков.

Для научных исследований поле еще более широко [45-47]. Так, на практике известно, что часть пациентов может длительно переносить наличие аппарата внешней фиксации даже без особого ухода. Важно понять, что обеспечивает успех этого барьера для инфекции (технические особенности спиц и стержней, локальный пейзаж микрофлоры кожи в области внешнего фиксатора, специфические проявления иммунитета, кровоснабжения и т.д.). Можем ли мы здесь сформулировать правила, которые заранее смогут прогнозировать высокий риск инфекции в определенных группах пациентов? Решение этих вопросов будет в принципе важно и для погружного остеосинтеза. Разработка

новых покрытий для спиц и стержней, средств обработки и повязок позволит контролировать инфекционный процесс, уменьшить или вообще исключить необходимость перевязок, а, значит, расширить границы и возможности амбулаторного лечения и реабилитации.

Успешная разработка направления «барьер» может дать качественный толчок в разработке биосовместимых имплантов. Особенно интересна перспектива создания дистальных вживляемых рабочих протезов конечностей. Невозможность обеспечения барьера для проникновения инфекции в зоне контакта мягких тканей пациента и материалов импланта является пока основной и неразрешимой.

Контроль. Это ключевое направление и понятие для метода Илизарова, включающее в себя управление костными фрагментами, движениями суставов с обязательным условием обратной связи (контроля над происходящими процессами). Первоочередными вопросами здесь должны стать: необходимый уровень и продолжительность этого контроля, в какой момент он действительно строго необходим, а когда он в принципе не нужен. Другими словами, это научное обоснование необходимости управления чрескостным остеосинтезом, определения строго дифференцированных показаний, а также возможности использования гибридных техник [48]. Разработка технологий совместного применения наружного и погружного остеосинтеза, несомненно, является ключевым направлением, так как разрешает извечный конфликт. С одной стороны, погружные системы не могут справиться со сложными многоплоскостными деформациями, исправление которых требует выполнения тонко регулируемого и контролируемого перемещения костных фрагментов. С другой стороны, использование наружных фиксаторов определяет необходимость длительного лечения больного с привлечением высококвалифицированного персонала и со снижением качества жизни больных, что всегда будет блокироваться как самими пациентами, так и экономическими реалиями.

С момента апробации первого автоматического дистрактора прошло более 30 лет. Результаты экспериментально-клинического применения автоматического высокодетального удлинения конечностей впечатляют и свидетельствуют не только об эффективности технологии, но и о перспективности дальнейших изысканий [49-56]. Несомненно, разработка электронных систем управления механизированным высокодетальным перемещением фрагментов с обратной связью позволяет снять нагрузку с медицинского персонала при гарантированном качестве манипуляций. Возможность использовать программное обеспечение и сеть интернет позволит пациенту находиться на амбулаторном лечении без ущерба для объема и качества реабилитации.

Новые конструкции аппаратов, узлов фиксации, спиц и стержней также относятся к направлению контроля и, несомненно, будут востребованы.

Стимуляция. Это наиболее популярная тема исследований. На наш взгляд, в настоящее время отсутствует единая концепция и комплексный подход к данной проблеме. Замедленная консолидация или псевдоартроз – это всегда совокупность большого количества факторов, причем ведущими среди них являются специфика нозологии, технические и тактические ошибки лечения и, в меньшей степени, общие факторы. Для стимуляции остеогенеза предложены и используются технологические приемы, основанные, в основном, на механическом воздействии на неактивные зоны регенерации: компактизация проблемной зоны посредством дозированного снижения дистракционных усилий в системе аппарата и последовательного удаления спиц, выполнение дополнительной остеотомии удлиняемого отломка с последующим ретроградным перемещением сформированного фрагмента, механическое повреждение регенерата спицами и остеотомом, перемещение трансплантата и т.д. [57-62]. Для стимуляции костеобразования используются также различные костнопластические вмешательства, предпочтение отдается использованию аутотрансплантатов [63-66]. Большинство фундаментальных теоретических работ основано на использовании стимулирующих субстанций [67-71]. Ключевой проблемой при этом является способ транспортировки стимулятора в зону нарушенной регенерации и уровень его воздействия (тканевой, клеточный, системный). Совершенно очевидно, что обратной стороной стимуляции является опасность малигнизации. Обмануть генетический код и естественную скорость восстановления кости вряд ли возможно. Скорее необходимо нивелировать все факторы, предотвращающие нормальный ход сращения.

Не менее важным направлением является разработка методов стимуляции остеогенеза и усиления прочностных свойств кости при системных заболеваниях скелета, таких как несовершенный остеогенез, фосфат-диабет, остеопорозы различного генеза.

Комфорт. Ориентирование исследований на обеспечение комфортных условий для пациента на этапах лечебно-реабилитационного процесса имеет прямую практическую перспективу и тесно связано с предыдущими направлениями. Успех научных разработок в темах «Барьер», «Контроль» и «Стимуляция» неминуемо приведет к улучшению качества жизни и комфорта больного. Но должно также стать законом правило о том, что реализация трех направлений не должна при любой мотивации работы снижать комфорт и негативно сказываться на качестве жизни пациента. Успех всех разработок должен, в конечном счете, оцениваться с точки зрения обеспечения максимально возможного удобства для потребителя (пациента), решающего с нашей помощью свои проблемы.

Научные разработки в направлении «Комфорт» многогранны:

1. Комбинированное или последовательное использование различных вариантов остеосинтеза и способов фиксации, обеспечивающих минималь-

ную агрессию вмешательств и манипуляций, комфортные условия реабилитации и сокращение продолжительности лечения;

2. Снижение веса и размеров аппаратов внешней фиксации;

3. Разработка методов ранней безболезненной реабилитации (в том числе с роботизированной механотерапией);

4. Создание новых технологических решений, упрощающих для пациентов процедуры ухода и перевязок, возможность принимать душ и даже заниматься спортом;

5. Разработка схем борьбы с болевым синдромом медикаментозными и немедикаментозными средствами после операций чрескостного остеосинтеза;

6. Разработка систем психологических тренингов и сопровождения для создания мотивации к выздоровлению в условиях длительного и сложного лечения.

Дальнейшее сохранение наследия Г.А. Илизарова и его гармоничное развитие связаны, прежде всего, с необходимостью сохранения принципов автора и их интеграции в традиционные и инновационные технологии остеосинтеза. Дифференцированное комбинированное применение различных методик остеосинтеза должно потенцировать клинический эффект от их применения, что, безусловно, отразится на сроках и качестве лечебно-реабилитационного процесса. Контроль и управление восстановительными и формообразовательными процессами тканей были и являются основополагающими принципами метода. Дальнейшая эволюция чрескостного остеосинтеза невозможна без слияния с современными инновационными технологическими разработками, в том числе с компьютерными и IP-технологиями.

Литература

1. *Илизаров Г. А.* Метод чрескостного остеосинтеза – новый этап в развитии отечественной травматологии и ортопедии / Илизаров Г. А., Попова Л. А., Шевцов В. И. // Ортопед., травматол. – 1986. – № 1. – С.1-5.
2. Роль Г. А. Илизарова в развитии отечественной травматологии и ортопедии / *Шевцов В.И., Попова Л. А.* // Анналы травматол. и ортопедии. – 1993. – № 1. – С.34-37.
3. *Шевцов В. И.* Основные перспективные направления в развитии и совершенствовании метода Г. А. Илизарова в клинической практике / *Шевцов В. И., Попова Л. А.* // Травматол. ортопед. – 1994. – № 2. – С.18-21.
4. *Попова Л. А.* Основные этапы, формы, методы и результаты внедрения научных разработок РНЦ «ВТО» им. акад. Г. А. Илизарова / *Попова Л. А.* // Травматол. ортопед. – 1995. – № 5. – С.8-10.
5. *Попова Л. А.* Эпоха Г. А. Илизарова в травматологии и ортопедии / *Попова Л. А.* // Гений ортопедии. – 1995. № 1. – С.61-64.
6. *Шевцов В. И.* Исчерпал ли себя метод Илизарова? / *Шевцов В. И., Попова Л. А.* // Уральское мед. обозрение. – 1997. – № 4-5. – С.7-11.
7. Бескровное удлинение голени методом дистракционного эпифизиолиза [Текст]: метод. рекомендации / сост.: *Илизаров Г.А., Грачева В.И., Камерин В.К.* – Курган: [б.и.], 1976.–24 с.-Б.ц.

8. Шевцов В. И. Лечение детей и подростков с врожденным вывихом бедра методом чрескостного остеосинтеза / Шевцов В. И., Куртов В. М., Тепленький М. П. // Гений ортопедии. – 1996. – № 2-3. – С. 72-73.
9. Илизарова Г. А., Сойбельман Л. М. Некоторые клинико-экспериментальные данные бескровного удлинения нижних конечностей // Эксперим. хирургия. – 1969. № 4. – С. 27-32.
10. Особенности системной регуляции роста конечностей при различных способах воздействия на их рост и длину / Илизаров Г. А., Хелимский А. М., Сакс Р. Г. // Ортопед., травматол. – 1978. – № 8. – С. 37-41.
11. Ilizarov G. A. Epiphyseolysis and corticotomy lengthening // Second Annual International Conference on the Ilizarov Techniques for management of difficult skeletal problems. New York, December 1-3, 1988. – New York, 1988.
12. Мурзиков Н. М. Эпифизеолиз как исторический этап при удлинении конечностей / Мурзиков Н. М., Шугарев В. М. // Российский конгресс ASAMI : материалы. – Курган, 2009. – С. 100.
13. Дьячкова Г. В. Метод Г. А. Илизарова за рубежом: оценка, перспектива внедрения / Дьячкова Г. В., Попова Л. А., Смирнова И. Л. // Анналы травматол. и ортопедии. – 1995. – № 3. – С. 48-55.
14. Taylor J.C. A new look at deformity correction. Distraction. // The Newsletter of ASAMI-North America. 1997. – Vol. 5, No 1. – P. 204-209
15. Seide K., Wolter D., Kortmann H.R. Fracture reduction and deformity correction with the hexapod Ilizarov fixator // clinOrthop. 1999. № 6. P.186-195.
16. Сравнительный анализ репозиционных возможностей чрескостных аппаратов, работающих на основе компьютерной навигации, и аппарата Илизарова / Соломин Л. Н., Виленский В. А., Утехин А. И., Террел В. // Гений ортопедии. 2009. № 1. С. 5-10.
17. Соломин Л. Н., Утехин А. И., Террел В. Сравнительный анализ жесткости остеосинтеза, обеспечиваемой чрескостными аппаратами, работающими на основе компьютерной навигации и аппарата Илизарова // Травматология и ортопедия России. – 2009. – № 2. – С. 20
18. Первый опыт применения аппарата Шевцова-Мацукидиса в лечении больных с переломами длинных трубчатых костей / Шевцов В. И., Мацукатов Ф. А., Бойчук С. П., Хубаев Н. Д., Жданов А. С. // Российский конгресс ASAMI : материалы. – Курган, 2009. – С. 160-161.
19. Аппарат Шевцова-Мацукидиса – новое слово в управляемом чрескостном остеосинтезе / Шевцов В. И., Мацукатов Ф. А. // Травматология и ортопедия на Дальнем востоке: достижения, проблемы, перспективы : материалы Первого (учредительного) съезда травматологов-ортопедов Дальневосточного федер. округа. – Хабаровск, 2009. – С. 239.
20. Ritter G. Kompressionsosteosynthesen mit dem neuen AO-Universalnagel. Funktionsprinzip und biomechanische Voraussetzungen. Unfallchirurg – 1991. – 94: С.9-12.
21. Руководство по внутреннему остеосинтезу / Мюллер М. Е., Альговер Е., Шнейдер Р., Виллинеггер Х. – М.: AdMarginem, 1996. – 750 с.
22. Gonschorek O, Hofmann GO, Buhren V. Interlocking compression nailing: a report on 402 applications. Arch Orthop Trauma Surg 1998; 117; 403-37.
23. Richardson T, Voor M, Seligson D. Fracture site compression and motion with three types of intramedullary fixation of the femur. Osteosynthese Int. – 1998. V. 6. – S.261-4.
24. Gonschorek O, Hofmann GO, Hofmeister M, Buhren V. Treatment of femoral pseudarthrosis by using a reamed IM nail with active compression (Interlocking Compression Nail). Osteosynthese Int 1999; 7: Suppl 1:142-5
25. Gonschorek O, Hofmann GO, Wagner FD, Buhren V. Reamed interlocking compression nailing for the treatment of tibial pseudarthrosis. Osteosynthese Int 1999; 7: Suppl 1:27-30.
26. Hoffmann GO, Gonchorek O, Buhren V. Deficient fracture dynamization employing undreamed nails in tibial fractures. // Osteosynthese Int. 2000. – Vol.8. – P.109-12.

27. Krettek, C. Intramedullary Nailing [Text] / C. Krettek // AO Principles of Fracture Management: ed. T.P.Ruedi, W.M.Murphy. – Thieme: Stuttgart-New York, 2000. – P.195-217.
28. Beickert R, Smieja S. Kompressionsmarknagelung bei Pseudarthrosen. Trauma Berufskrankh 2001; 3: 195-202.
29. Gonchorek O, Hofmann GO, Buhren V. Kompressionsmarknagelung; Biomechanik und Implantate. Trauma Berufskrankh. – 2001. – В.3. – S.174-9.
30. The logic and clinical applications of blocking screws [Text] / H.W.Stedtfeld, T.Mittlmeier, P.Landgraf, A.Ewert // J.Bone Jt.Surg. – 2004. – Vol.86-A. – Suppl.2. – P.17-25.
31. Tibial lengthening over nail (LON) [Text] / Herzenberg, E., D.Paley // Techniques in Orthop. – 1997. P. 250-259.
32. Limb lengthening with a submuscular plate Ratna Johari, Ruta Kulkarni, Nishant SINGH SICOT 2011 XXV Triennial World Congress Prague, Czech Republic.
33. Baumgart R, Betz A, Schweiberer L: A Fully Implantable Motorized Intramedullary Nail for Limb Lengthening and Bone Transport- The first 12 clinical cases Clinical Orthopedics and Related Research 1997.
34. Илизаров Г. А. Некоторые вопросы теории и практики компрессионного и дистракционного остеосинтеза // Материалы Всесоюзного симпозиума по вопросам компрессии и дистракции в травматологии и ортопедии. – Курган, 24-26 ноября 1970 г. – М., 1970. – С. 14-19.
35. Паевский С. А. Исследование механизма санирующего эффекта при чрескостном остеосинтезе аппаратом Илизарова // Травматол. ортопед. России. – 1994. – №2. – С. 21-30.
36. Аранович А. М. Опыт клинического использования неправильного формирования высокой естественной антимикробной активности в тканях очага остеомиелита / Аранович А. М., Паевский С. А., Ключин Н. М. // Гений ортопедии. – 1995. – № 2. – С. 20-22.
37. Ключин Н. М. Условия напряжения как источник повышения бактерицидной активности ткани // Мед. наука и образование Урала. – 2006. – № 3 (42). – С. 36-37.
38. Науменко З. С. Анализ бактерицидной активности сыворотки крови и обеззараживающей активности тканей у больных хроническим остеомиелитом / Науменко З. С., Розова Л. В., Кузнецова Е. И. // Мед. иммунол. – 2006. – Т. 8, № 2-3. – С. 390.
39. Микробный пейзаж при хроническом остеомиелите в условиях чрескостного остеомиелита / Розова Л. В., Лапынин А. И., Ключин Н. М., Дегтярев В. Е. // Гений ортопедии. – 2002. – № 1. – С. 81-84.
40. Лекарственная устойчивость и частота выделения бактерий рода Proteus у больных хроническим остеомиелитом / Розова Л. В., Науменко З. С., Ключин Н. М., Аранович А. М. // Гений Ортопедии. – 2003. – № 3. – С. 98-101.
41. Науменко З. С. Сравнительная оценка динамики антибиотикорезистентности бактерий, выделенных у больных с острым и хроническим гнойным процессом в ортопедотравматологическом стационаре / Науменко З. С., Гостев В. В., Богданова Н. А. // Гений ортопедии. – 2010. – № 3. – С. 141-145.
42. Удлинение по Илизарову укороченных нижних конечностей в условиях гнойной инфекции: Метод. рекомендации / МЗ РСФСР; ВКНЦ «ВТО»; Сост.: Илизаров Г. А., Аранович А. М., Ключин Н. М. – Курган, 1992. – 17 с.
43. Singh, S. Mx of infected tibial non-unions by bone transport and allied techigues / S. Singh // SICOT. 21st Triennial World Congress: Final Program and Abstract book. – Sydney, 1999. – P. 148.
44. Paley, D. Ilizarov bone transport treatment for tibial defects / D. Paley, D.C. Maar // J. Orthop. Trauma. – 2000. – Vol. 14, N. 2. – P. 76-85.
45. Опыт применения спиц Киршнера, покрытых платиной, при чрескостном остеосинтезе / Илизаров Г. А., Паевский С. А., Дегтярев В. Е. и др. // Ортопед. травматол. – 1982. – № 1. – С. 26-29.

46. Изучение влияния покрытия спиц Киршнера различными металлами на развитие воспалений тканей пищевого канала (экспериментальное исследование) / *Илизаров Г.А., Дистлер Г.И., Паевский С.А., Барабаш А.П., Хелимский А.М., Власов В.П., Котельников В. П.* // Лечение переломов и их последствий методом чрескостного остеосинтеза : Материалы Всерос. науч.-практ. конф. (Курган, 18-20 сентября). – Курган, 1979. – С.252-256.
47. *Паевский С. А.* Микробостатическое действие постоянного электрического тока в тканях : (эксперим. исслед.) / *Паевский С.А., Барабаш А.П., Котельников В.П.* // Ортопед., травматол. – 1980. – № 3. – С. 37-40.
48. *Borzunov D.Y.* Использование чрескостного и интрамедуллярного блокируемого остеосинтезов при лечении пациентов с последствиями переломов длинных костей / *Borzunov D.Y., Kolchev O.V., Mitrophanov A.I.* // The Journal of Orthopaedics Trauma Surgery and Related Research. – 2011. – № 3. – P. 17-22.
49. *Чиркова А.М., Ерофеев С. А.* «Рентгено-морфологические особенности репаративного остеогенеза при автоматической дистракции» // Травматология и ортопедия России. – 1994. – № 2. – С.142-148.
50. *Попков А. В., Мурадисинов С. О.* «Автоматическое удлинение голени аппаратом Илизарова» // Травматология и ортопедия России. – 1995. – № 1. – С.5-7.
51. *Шевцов В. И., Попков А. В., Ерофеев С. А., Чиркова А. М.* «Автоматический дистракционный остеосинтез» // Анналы травматологии и ортопедии. – 1995. – № 1. – С.44-48.
52. *Попков А. В., Коваленко Т. Н., Смирнова И. Л.* «Автоматическое удлинение конечностей: проблемы и перспективы» // Анналы травматол. и ортопедии. – 1995. – № 2. – С. 67-70.
53. *Шевцов В. И., Попков А. В., Попков Д. А.* «Осложнения при удлинении бедра в высокодетальном автоматическом режиме» // Гений ортопедии. – 1997. – № 4. – С. 24-28.
54. *Ступина Т.А., Щудло М.М., Ерофеев С.А.* «Световая и сканирующая электронная микроскопия суставного хряща при автоматическом удлинении голени» // Гений ортопедии. – 2004. – № 4. – С. 9-13.
55. *Ерофеев С. А., Чикорина Н. К., Сайфутдинов М. С.* «Реакция мышц голени на ее удлинение с высоким темпом в условиях автоматической дистракции в эксперименте» // Гений ортопедии. – 2004. – № 4. – С. 18-22.
56. Особенности костеобразования при удлинении голени автоматическими дистракторами с темпом 3 мм за 180 приемов (эксперимент. исследование) / *Шевцов В.И., Ерофеев С.А., Горбач Е.Н., Еманов А.А.* // Гений ортопедии. – 2006. № 1. – С. 10-16.
57. Оперативное лечение осложненных ложных суставов и дефектов большеберцовой кости: Метод. рекомендации / *Сост. Кернерман Р.П.* – Новосибирск, 1983. – 23 с.
58. *Шевцов В.И.* Стимуляция перестройки дистракционного регенерата / *Шевцов В.И., Попков А.В.* // Анналы травматол. ортопед. – 1995. – № 2. – С. 23-26.
59. *Макушин В.Д.* Причины неудач и осложнений при возмещении дефектов длинных трубчатых костей методом чрескостного остеосинтеза по Илизарову / *Макушин В.Д., Куфтырев Л.М., Камерин В.К.* // Гений ортопедии. – 1996. – № 1. – С. 59-61.
60. Хирургическая стимуляция остеогенеза в дистракционном регенерате / *Ларионов А.А., Латынин А.И., Ключин Н.М., Топоров А.И.* // Гений ортопедии. – 1996. – № 2-3. – С. 136.
61. Вариант замещения дефекта большеберцовой кости при истонченных концах отломков / *Шевцов В.И., Куфтырев Л.М., Пожарищенский К.Э., Борзунов Д.Ю.* // Гений ортопедии. – 1998. – № 3. – С. 29-31.
62. *Попков Д.А.* Способ стимуляции остеогенеза / *Попков Д.А., Ерофеев С.А., Кузнецова Л.С.* // Гений ортопедии. – 2001. – № 2. – С. 140.
63. *Осенян И.А.* Лечение постостеомиелитических циркулярных дефектов костей голени методом компрессионно-дистракционного остеосинтеза с применением аллогенного

- костного матрикса / *Осенян И.А., Вардеванян Г.Г., Айвазян В.П.* // Ортопед., травматол. – 1989. – № 3. – С. 21-23.
64. Open segmental bone transport. A therapeutic alternative in post-traumatic and osteitis soft tissue and bone defects / *Suger G., Fleischmann W., Hartwig E., Kinzl L.* // Unfallchir. – 1995. – Bd. 98, H. 7. – S. 381-385.
65. Treatment of tibial and femoral bone loss by distraction osteogenesis. Experience in 28 infected and 14 clean cases / *Polyzois D., Papachristou G., Kotsiopoulos K., Plessas S.* // Acta Orthop. Scand. – 1997. – N. 275, Suppl. – P. 84-88.
66. *Барабаш А.А.* Свободная костная пластика дистракционного регенерата при замедленном костеобразовании / *Барабаш А.А.* // Вестн. травматол. ортопед. им. Н.Н. Приорова. – 2000. – № 2. – С. 5-10.
67. *Филимонова В.И., Недоспасова В.О., Ленехова Н. П.* «Влияние плазмы крови животных с активным остеогенезом на минерализацию регенерирующей кости» // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. – 1978. – № 3. – С. 68-69.
68. *Наумов А. Д., Гордиевских Н. И., Бунов В. С.* «Влияние гепарина и химотрипсина на репаративную регенерацию кости при удлинении голени по Илизарову» // Ортопедия, травматология и протезирование. – 1994. – № 4. – С.82.
69. *Десятниченко К.С., Шрейнер А.А., Ирьянов Ю.М., Асонова С.Н., Ерофеев С.А., Гребнева О.Л., Лулева С.Н., Матвеева Е.Л., Изотова С.П., Устюжанина О.Б.* «Влияние композиции костных рострегулирующих факторов на созревание дистракционного регенерата при местном введении» // Бюл. эксперимент. биологии и медицины. – 1997. – № 8. – С. 233-236.
70. *Лулева С.Н.* Научно-клинические разработки лаборатории биохимии ФГУН РНЦ «ВТО» им. акад. Г. А. Илизарова по оптимизации регенераторных процессов в тканях опорно-двигательной системы / *Лулева С.Н., Гребнева О.Л.* // Гений ортопедии. – 2006. – № 4. – С. 55-58.

ПОДГОТОВКА МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ В СССР В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Ерегина Н.Т.

ФГБОУ ВПО «Ярославский государственный медицинский университет» (Ярославль, Россия)

Прошло семь десятилетий со времени окончания войны, но память о ней и о тех, кто освобождал страну от захватчиков и завоевывал долгожданную победу, живет в сердцах миллионов. Героическая история высшей медицинской школы СССР в годы Великой Отечественной войны являет образец удивительной жизнестойкости. В невероятно сложных условиях, зачастую лишь отдаленно напомиравших привычный учебный процесс, медицинские институты продолжали готовить специалистов. Опыт военных лет уникален в плане оперативного решения образовательных задач в экстремальных условиях, поучителен своим примером искреннего сопереживания и сопричастности к судьбе страны, бесценен для воспитания гражданственности и патриотизма.

Год накануне войны был полон достижений и многообещающих планов. В июне 1941 г. вузы страны должны были окончить 16250 врачей, 940 провизоров, 1430 врачей-стоматологов, 65 тыс. средних медицинских работников. Это позволяло руководителям Наркомздрава СССР утверждать, что в 1941 г. наконец-то медработниками будет обеспечены не только города, но и все районные лечебные учреждения и сельские врачебные участки. Это могло коренным образом улучшить медицинское обслуживание труженников села [1. С. 7-8].

Начавшаяся война нарушила эти планы и расчеты. За 5 месяцев потери Красной Армии составили 2 млн 122 тыс. человек, из них 490 тыс. – убитых, 520 тыс. – пропавших без вести, до 1 млн 112 тыс. – раненых [2]. Первоочередная задача, вставшая перед советским здравоохранением и высшей медицинской школой – обеспечение специалистами Красной Армии. В этих условиях Народный комиссариат здравоохранения СССР принял решение о досрочном выпуске врачей из числа студентов V и IV курсов. Практически все медицинские вузы, проведя на неделю раньше запланированного выпуск врачей в июне 1941 г., осуществили дополнительные выпуски в конце 1941 г., а некоторые – и в первые месяцы 1942 г. В общей сложности к началу 1942 г. страна получила дополнительно 6 тыс. специалистов, а за первый год войны – дополнительно 14 тысяч [3. С. 23]. Это позволило в значительной степени покрыть некомплект врачей, обозначившийся в армии и в тылу.

Необходимость быстрой подготовки врачей продиктовала решение Всеобщего комитета по делам высшей школы при СНК СССР (далее ВКВШ)

о снижении сроков обучения до 3,5 лет. Выполнить учебные планы удалось за счет сокращения летних и зимних каникул, резкой интенсификации учебного процесса. Учебная нагрузка увеличивалась с 36 часов в неделю до 42 [4]. Продолжительность рабочего дня в медицинских вузах нередко доходила до 9-10 часов.

С 1 октября 1940 г. по 1 октября 1942 г. профессорско-преподавательский состав высшей школы СССР сократился почти вдвое. Число преподавателей уменьшилось на 60,5%; доцентов – на 40,1%, профессоров – на 18,2% [5]. Это резко осложнило организацию учебного процесса. Директорам вузов рекомендовалось комплектовать преподавательский состав за счет опытных практических врачей, совместителей, аспирантов, клинических ординаторов, а также за счет преподавателей, эвакуированных из других районов. Развертывание в тылу дополнительных госпиталей привело к уплотнению учебных площадей и передаче части учебных зданий под эвакуогоспитали. Медицинским институтам разрешалось в случае нехватки учебных площадей проводить занятия в две смены, увеличивать самостоятельную работу студентов.

Совмещение учебы с работой, сокращение учебно-лабораторной базы, недостаток учебников, руководств, сложности материально-бытового порядка – все это стало привычным явлением в медицинских вузах, не прекращавших занятий в самых тяжелых условиях. Ухудшение условий работы не могло не сказаться на качестве подготовки специалистов. Анализ отчетов 43 медицинских вузов выявил более слабую теоретическую подготовку выпускников 1942 г. в сравнении с прошлыми годами. Ответы студентов на государственных экзаменах свидетельствовали о значительном разрыве между знаниями по теоретическим и клиническим дисциплинам. Чаще чем раньше отмечалось слабое знание студентами основ анатомии, гистологии, физиологии, микробиологии, биохимии, медицинской терминологии и рецептуры, недостаточное владение рядом практических навыков [6]. Приказом ВКВШ от 19.06.1942 г. учебные планы с сокращенным сроком обучения были отменены. С начала 1942/43 уч. г. восстанавливалось обучение по «нормальным учебным планам военного времени» [7. С. 6].

Важную роль в улучшении ситуации в высшей школе и сохранении преподавательских кадров сыграл приказ ВКВШ от 14.09.1942 г. «О повышении должностных окладов профессорско-преподавательского состава вузов, директоров и их заместителей по учебно-научной работе» и решение СНК СССР и ЦК ВКП(б) от 13.12.1942 г. «О повышении заработной платы медицинским работникам». Начиная с 1942 г. и все последующие военные годы принимались постановления об освобождении от платы за обучение различных категорий студентов. Напомним, что с 1 сентября 1940 г. постановлением СНК СССР она была введена для учащихся 8-10 классов средних школ и студентов высших учебных заведений. В августе 1942 г. от платы за об-

учение были освобождены студенты – участники Великой Отечественной войны и дети военнослужащих рядового и сержантского состава; в январе 1943 г. – учащиеся вузов и техникумов – казахи, уйгуры, татары, узбеки; в июле 1944 г. – дети лиц высшего и старшего офицерского состава Красной Армии, Военно-морского флота, войск и органов НКВД СССР и НКГБ СССР, вышедших на пенсию.

Также положительно на работе высшей школы сказалось распоряжение СНК СССР от 23.11.1942 г. о выделении для ассистентов вузов продовольственных карточек по группе рабочих. С 1 марта 1943 г. было введено снабжение студентов продовольственными товарами по нормам рабочих промышленности. Распоряжением СНК СССР от 9.03.1943 г. при вузах создавались отделы рабочего снабжения (ОРСы), организующие свои собственные магазины, буфеты, столовые для более лучшего снабжения преподавателей (а с июня 1943 г. и студентов) продовольственными и промышленными товарами [8]. В условиях полуголодных военных лет, когда скудные продуктовые наборы отпускались по карточкам, когда проблемой являлась покупка большинства промышленных товаров, эти меры государственной поддержки были особенно значимы.

Несмотря на все принимаемые меры, ситуация с подготовкой врачебных кадров оставалась сложной. За первый год войны сеть медицинских вузов в СССР уменьшилась с 72 до 56. Примерно в 2 раза по сравнению с довоенным периодом сократилось число студентов-медиков [9]. Восемь медицинских вузов России (Воронежский, Кубанский, Курский, Крымский, Ростовский, Смоленский, Ставропольский, Сталинградский) в начале войны оказались в зоне боевых действий или на оккупированных территориях, поэтому подверглись значительным разрушениям. До войны в них обучалось 37% студентов республики [10]. Многие институты останавливали учебные занятия и начинали эвакуацию лишь тогда, когда ожесточенные бои разворачивались на самых подступах к городу.

Так, осенью 1941 г., когда немцы захватили Донбасс и прорвались к Ростову, коллектив Сталинградского медицинского института вместе со всеми жителями города участвовал в строительстве оборонительных рубежей. Многие преподаватели вступили в ряды народного ополчения. Даже в июне 1942 г., когда немцы приблизились к границам Сталинградской области, в институте продолжались занятия. Так продолжалось вплоть до 23 августа 1942 г. В этот день немцы бросили на штурм города сотни самолетов и танковые соединения. 25 августа от прямого попадания авиабомб здание института было разрушено. Все его имущество погибло в огне. 26-27 августа 1942 г. большинство преподавателей и студентов из горящего города перебрались на левый берег Волги, откуда были эвакуированы в различные города [11. С. 4-8].

В октябре 1941 г., когда немецкие войска подошли вплотную к Москве, медицинские вузы столицы были эвакуированы в Уфу, Омск, Фергану. В связи с тем, что значительная часть преподавателей и студентов оставалась в столице, решением Наркомздрава СССР и Главного военно-санитарного управления РККА в Москве был создан объединенный медицинский институт военного времени, собравший оставшихся в столице преподавателей и студентов четырех институтов. К лету 1942 г. численность обучающихся в нем студентов составляла около 4 тыс. человек. Объединенный Московский медицинский институт в 1942 г. выпустил большую группу зауряд-врачей, добровольно отправившихся в блокадный Ленинград. Нарком здравоохранения СССР Г.А. Митерев позднее вспоминал: «Операцию переброски новых врачей в Ленинград мы завершили за неделю. Отправляли в одиночных самолетах, небольшими группами, избегая привлекать к рейсам внимание гитлеровских пилотов. Врачам создавали некоторые преимущества в снабжении, чтобы они могли работать с наибольшей отдачей. И как же они работали, эти девушки! Стоически выдержали блокадные дни и ночи до открытия «Дороги жизни» и ни одна не сделала попытки вернуться в Москву. Были среди них позже погибшие при бомбежках и артиллерийском обстреле города» [12. С. 98-100].

На долю ленинградских вузов выпали особые трудности. В сентябре 1941 г. фашистские войска окружили город, начались методичные обстрелы. Вскоре перестали работать центральное отопление, водопровод, канализация. Поддерживать учебный процесс на прежнем уровне удавалось с трудом. Тем не менее, медицинские институты продолжали работать. Более того, с декабря 1941 по ноябрь 1943 гг. в блокадном Ленинграде из всех вузов работали только три медицинских института и химико-фармацевтический институт [13. С. 335].

Пронзительные по драматизму записи о событиях первой блокадной зимы оставила в своем дневнике студентка Второго медицинского института З. Седельникова. Вот отдельные выдержки из ее записей:

«13/XI 41 г. Сегодня убавили норму хлеба. Получать будем лишь 150 граммов в день. А хлеб-то стал сырой, тяжелый, как глина, и не пахнет хлебом... Сегодня была последняя лекция по патофизиологии профессора Р.Л. Перельмана. Практических занятий уже не было. Впереди сессия.

26/XI 41 г. Очень ослабла. Похудела. Не могу долго сидеть за книгами. От резких движений кружится голова и зеленеет в глазах. Руки стали словно сухие палочки, пальцы морщинистые, глаза провалились. Девочки дивятся, как я еще могу заниматься...

29/XI 41 г. Хватило сил добраться до больницы Мечникова. Отлично сдала фармакологию. Запомнилась неподвижная фигура экзаменатора с почти безразличным взглядом. Было видно, что ему не выдержать экзамен на холод и голод, а он молча еще пожал мне руку.

1/XII 41 г. Узнала взволновавшую меня весть: оказывается, преподаватель, который принимал у меня экзамен по фармакологии, в тот же день умер у себя в кабинете... Смерть ходит где-то рядом с нами.

18/XII 41 г. Первое дежурство в госпитале. При обходе с врачом поняла, что диагноз у больных один: дистрофия второй или третьей степени, и что основное лечение их – это трехразовое питание. Оказывается, сюда попадают подкрепить здоровье на 10-20 дней лишь по особому направлению работающие на предприятиях. Невозможно было установить возраст больных, все они казались стариками.

19/XII 41 г. Совершенно измученная, голодная и замерзшая сдала дежурство. Но мне еще пришлось помогать относить умерших в морг, устроенный во дворе в гараже. Поразила картина: трупы лежали друг на друге штабелями с фанерными бирками на ногах... Их некому и не на чем вывезти на кладбище...» [14. С. 315-318.].

Эвакуация студентов ленинградских медицинских вузов была организована лишь в апреле 1942 г. Академик АМН СССР А.Л. Мясников впоследствии вспоминал: «Всякие разговоры об эвакуации учебных заведений, учреждений и заводов пресекались до тех пор, пока она еще могла быть осуществима сравнительно успешно – эвакуация позже пошла по ледовой дороге над Ладожским озером, под обстрелом орудий с южного берега и бомбардировок вражеской авиации, т.е. когда она стала опасной и нечеловечески трудной для голодных людей, проваливавшихся под лед, замерзавших в сугробах или умиравших от поноса или истощения» [15. С. 188-189].

В соответствии с приказом НКЗ СССР и ВКВШ части 1-го Ленинградского, 2-го Ленинградского, Ленинградского педиатрического и Ленинградского стоматологического институтов были эвакуированы в Красноярск и объединены в Красноярский медицинский институт с лечебным и стоматологическим факультетами. За короткое время коллектив преподавателей и сотрудников вырос до 430 человек. Это было главное богатство. Из имущества удалось вывезти немного. Преподаватели и студенты сами изготовили наглядные пособия, организовали лаборатории. На двенадцатый день после прибытия в Красноярск начались занятия.

С 1943 г. в медицинских институтах стала восстанавливаться прежняя дифференцированная подготовка врачей. Первые годы войны отодвинули на второй план вопросы подготовки детских и санитарных врачей, однако их недостаток вскоре стал ощущаться достаточно остро. По 39 областям Российской Федерации на 1 декабря 1942 г. насчитывалось всего 599 врачей-педиатров. На 1 ноября 1943 г. в РСФСР оставались незамещенными 402 должности госсанинспектора и 263 – эпидемиолога [16]. За короткий срок в течение 1943 г. было открыто 11 педиатрических факультетов. Кон-

тингенты и преподавательский состав санитарных факультетов в довоенных масштабах были восстановлены к концу войны.

По мере освобождения территории страны от фашистских захватчиков началось восстановление медицинских институтов, пострадавших в ходе военных действий. Оккупанты полностью или частично разрушили 334 вуза, в которых обучались 223 тыс. студентов, 605 научно-исследовательских институтов [17]. Ущерб, нанесенный высшим и средним медицинским учебным заведениям Наркомздрава РСФСР, составил 138 млн рублей. В РСФСР были полностью разрушены 49 и частично – 11 учебных зданий медицинских институтов. Причиненный им ущерб составил более 75 млн рублей [18].

Тактика выжженной земли, проводимая фашистами на советской территории, оборачивалась картинами полного разрушения. Главное здание Кубанского медицинского института в Краснодаре было взорвано и сожжено. Все ценное имущество кафедр фашисты сваливали в кучи и взрывали. До основания разрушенными оказались учебные здания Сталинградского медицинского института. В ходе ожесточенных боев за город погибло все – клиники, общежития, библиотека, насчитывавшая более 50 тыс. томов. Ущерб, причиненный институту, составил свыше 13 млн рублей [17. С. 110]. Полному уничтожению подверглись монументальные учебные корпуса и общежитие Смоленского мединститута, построенные перед войной. Учебный корпус на Рославльском шоссе, который уцелел в ходе боевых действий, был взорван фашистами при их отступлении из Смоленска. В развалины после оккупации превратилось прекрасное здание Ростовского медицинского института. Восстановление разрушенных войной вузов, активно развернувшееся в 1943–1944 гг., вылилось в гигантскую по масштабам работу.

Организация учебного процесса на завершающем этапе войны стала более строгой. Приказ ВКВШ от 6 марта 1944 г. «О правилах учебного распорядка и внутреннего трудового распорядка в высших учебных заведениях» прописывал порядок проведения учебных занятий, основные обязанности студентов, порядок работы кафедр, профессорско-преподавательского состава, деканата, а также порядок взысканий за нарушение учебной дисциплины [18]. В то же время усиливались меры материального поощрения лучших студентов. Приказом ВКВШ от 8 марта 1945 г. возрастали размеры именных стипендий: имени Сталина – с 500 до 700 руб. в месяц; имени Молотова, Калинина, Ворошилова – с 400 до 500; имени Кирова – с 300 до 500.

Более серьезное внимание стало уделяться внеаудиторной работе. Этому способствовало решение ВКВШ «О мерах усиления самостоятельной работы студентов в 1943/44 уч. году». Вместе с тем, уровень подготовки студентов во многом зависел от учебников, число которых сократилось. Если с 1938 по 1941 гг. было издано 160 учебников для медицинских вузов общим

тиражом около 2,5 млн экземпляров, то с 1942 по 1944 гг. – всего 55 тиражом около 500 тыс. [19]. Проведенное обследование деятельности «Медгиза» по изданию учебников в 1941–1942 гг. выявило целый ряд недостатков. Планы издательства не выполнялись. Из 10 учебников, запланированных ВКВШ на 1941 г., не был издан ни один. Вышли лишь 3 из 10 учебников, запланированных Наркомздравом. Из 18 учебников, утвержденных к изданию на 1942 г., к 1 октября 1942 г. были изданы только 5 [20].

Понятно, что война вносила свои коррективы. Подготовка учебников, их рецензирование в условиях максимальной загруженности авторов и рецензентов неизбежно удлинялись по срокам. Тем не менее в 1943–1944 гг. вышли такие учебники, как «Анатомия человека» Н.К. Лысенкова и В.И. Бушковича; «Патологическая физиология» Л.Н. Карлика; «Краткий учебник гинекологии» К.К. Скробанского; «Учебник фармакологии» М.П. Николаева; «Пропедевтика внутренних болезней» А.Л. Мясникова и другие. В первую очередь они направлялись во вновь восстанавливаемые вузы.

Трудности в организации работы разрушенных войной вузов были связаны не только со слабостью материальной базы и отсутствием самого необходимого для учебного процесса, но и острой нехваткой преподавателей. На 1 октября 1944 г. из 216 кафедр медицинского и биологического профиля институтов РСФСР лишь 139 (64%) были замещены профессорами, докторами наук, 9 (4%) – профессорами, кандидатами наук, 44 кафедры (32%) оставались вакантными. Не лучше выглядела ситуация с ассистентами. Только в трехвузах из восьми (Кубанском, Крымском и Ростовском) кафедры были укомплектованы ассистентами более-менее удовлетворительно – на 90%. Однако их квалификация оставляла желать лучшего. В Ростовском медицинском институте только 24% ассистентов имели ученую степень [21]. Часть преподавательских кадров «оттянули» на себя новые институты – в Красноярске, Челябинске, Чкалове (Оренбурге), Ярославле, созданные на базе эвакуированных.

Большое значение для развития высшей медицинской школы имело постановление СНК СССР от 1 декабря 1944 г. «О мероприятиях по улучшению подготовки врачей», которым предусматривался постепенный перевод медицинских институтов на шестилетний срок обучения, позволяющий увеличить учебные часы на дисциплины, формирующие клиническое мышление.

Таким образом, в годы войны руководство СССР делало все возможное для сохранения высшей медицинской школы. Сложно перечислить все грани ее деятельности в этот период. Это – отправка в действующую армию лучших представителей профессорско-преподавательского состава, работа профессоров и преподавателей консультантами и ведущими специалистами в госпиталях; участие в оборонных, сельскохозяйственных мероприятиях, различных патриотических начинаниях; помощь в организации санитарной

и эпидемиологической службы; восстановление из руин разрушенных вузов и лечебных учреждений. Все это стало одним из важнейших слагаемых Победы.

Подготовка специалистов не прекращалась ни на один день. Убыль контингентов учащихся удалось компенсировать дополнительными наборами и ускоренными выпусками студентов. Принятое решение о сокращении сроков обучения в вузах сыграло свою роль, дав стране остро необходимые дополнительные кадры. Уже через год оно было пересмотрено, т.к. вопросы качества подготовки врачей напрямую определяли качество оказываемой медицинской помощи, что, в свою очередь, сказывалось на количестве раненых солдат и офицеров, после лечения возвращенных в строй. В условиях, когда Красная Армия несла огромные потери, это имело немаловажное значение для достижения перелома в ходе войны.

Литература

1. Колесников С.А. План здравоохранения на 1941 год // Советская медицина. – 1941. – № 1
2. Сводки Совинформбюро. – 1941 г. 26 ноября.
3. Кузьмин М.К. Советская медицина в годы Великой Отечественной войны. М., 1979.
4. Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ). Ф. 8080. Оп. 1. Д. 67. Л. 31.
5. ГАРФ. Ф. 8080. Оп. 1. Д. 105. Л. 142.
6. ГАРФ. Ф. 8080. Оп. 1. Д. 1356. Л. 4-10.
7. Бюллетень Всесоюзного Комитета по делам высшей школы (далее – Бюллетень ВКВШ). 1942. № 3.
8. Бюллетень ВКВШ. 1943. № 2, 3, 4, 6.
9. ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 14. Д. 221. Л. 27.
10. ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 14. Д. 221. Л. 27, 34.
11. Труды Сталинградского медицинского института. Т. V. Сталинград, 1945.
12. Митерев Г.А. В дни мира и войны. – М., 1975.
13. Гладких П.Ф. Здравоохранение и военная медицина в битве за Ленинград глазами историка и очевидцев. 1941-1944 гг. СПб., 2006.
14. Цит. по: Шабров А.В., Романюк В.П. Санкт-Петербургская государственная медицинская академия имени И.И. Мечникова. Ч. 1 (1907-1945). – СПб., 2006.
15. Мясников А.Л. Я лечил Сталина: из секретных архивов СССР // Мясников А.Л. с участием Чазова Е.И. – М.: Эксмо, 2011.
16. ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 14. Д. 169. Л. 21; 75.
17. Известия. – 1945. 13 сентября.
18. Советское здравоохранение. 1946. № 3; ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 14. Д. 221. Л. 39 об.
19. ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 14. Д. 211. Л. 29.
20. ГАРФ. Ф. 8080. Оп. 1. Д. 185. Л. 94, 95.
21. ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 14. Д. 211. Л. 35, 38.

ИСТОРИЧЕСКИЙ ОПЫТ АПТЕК УРАЛА В ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЕ 1941 – 1945 ГГ.

*Ларионов Л.П., Кутенов С.М., Скоромец Н.М.
ФГОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России (Екатеринбург, Россия)*

22 июня 1941 г. началась Великая Отечественная война. Фашистская Германия без объявления войны напала на Советский союз. Советское государство призвало народ пересмотреть всю работу с учетом требований военного времени, подчинить все задачи разгрому врага, достижению полной победы над ним под лозунгом: «Все для фронта! Все для победы!»

Сложная задача перестройки на военный лад всего народного хозяйства страны, в том числе и Урала, усугублялась неблагоприятной военной обстановкой. Красная армия не смогла сдержать во много раз превосходившего по численности и боевому оснащению врага. Временная оккупация части территории страны, к началу июля 1941 г., и эвакуация предприятий на восток нарушили установившиеся межрайонные экономические связи, а также систему кооперирования между отдельными отраслями и внутри их. Из народного хозяйства «выпали» важные отрасли промышленности и целые высокоразвитые экономические районы.

Перед аптечной сетью Урала и органами ее руководства с первых дней нахождения страны в военном состоянии встали трудные задачи. Эти сложные задачи были вызваны тем, что фронту были отданы лучшие фармацевтические кадры. Оставшиеся в тылу сотрудники при резко сократившихся материальных возможностях должны были обеспечить лекарственной помощью раненых и больных в эвакогоспиталях (ЭГ), дезинфекционными средствами – службы, отвечающие за санитарно-эпидемиологическое благополучие, сохранить уровень лекарственного обслуживания рабочих и крестьян, среди которых преимущественно были женщины и подростки, обслуживать эвакуированное население.

Для успешного выполнения стоявших задач были приняты меры к замене фармацевтов, ушедших в армию, восполнению вакансий введением нового трудового режима: удлинением рабочего дня, введением сверхурочных работ, отменой очередных отпусков. Учтены были все имеющиеся запасы медикаментов, перевязочных средств и медицинских изделий. Установлен их экономный расход.

Распоряжением Наркомздрава СССР от 22 июня 1941 г. был прекращен отпуск без рецептов врачей стрептоцида, солей висмута, танальбина, атофана, диуретина, кофеина и его солей, тиокола, гваякола и др. Установлены нормы отпуска медикаментов по рецептам врачей, а также отдельных лекар-

ственных препаратов без рецептов (аспирина, натрия салицилового, салола, уротропина, пирамидона, фенацетина) не более 6 порошков и всех спиртовых настоек не более 10-15 граммов в одни руки; введены коэффициенты распределения остродефицитных медикаментов по аптекам и лечебным учреждениям. Первоочередное внимание уделялось обслуживанию лекарствами находившихся в эвакогоспиталях (ЭГ), призывников в Красную армию, военнослужащих воинских частей гарнизона, работников органов НКВД и рабоче-крестьянской милиции, рабочих оборонной промышленности. При заводах оборонного значения открывались так называемые «спецаптеки», снабжение медикаментами которых осуществлялась по нормам эвакогоспиталей.

В годы предвоенных пятилеток, как известно, в стране был построен ряд новых химико-фармацевтических и других заводов, выпускавших медицинскую продукцию, реконструирован завод «Фармакон», полностью модернизирован завод имени Дзержинского, построены дополнительные корпуса на заводах имени Карпова и имени Семашко. К началу Великой Отечественной войны Советский Союз производил все необходимые лекарственные препараты.

Вместе с тем, на повестку дня была поставлена необходимость максимального расширения производства медикаментов на местах, используя преимущественно местные дикорастущее лекарственно-техническое сырье и отходы промышленных предприятий. В ноябре 1941 г. аптекоуправления Урала приступили к организации производств по выпуску галеновых препаратов. При их изготовлении и расфасовке применялся преимущественно ручной труд, так как из аппаратов механизации имелись лишь разливные «машины Старостина».

К середине 1942 г. перестройка аптечного хозяйства на военный лад была завершена. Аптечная сеть Урала, как и все народное хозяйство, была подготовлена к длительной работе в условиях военного состояния страны. Галеново-фасовочные лаборатории были созданы не только в областных центрах, но и межрайконторах (Нижнетагильской, Ирбитской, Красноуфимской, Кунгурской, Шадринской и др.) для снабжения галеновыми препаратами аптек и аптечных пунктов отдаленных от областных центров. При аптеке № 6 Свердловска было создано производство наливных ампул «Стерампул». Недостаток рецептурной стеклопосуды восполнялся заготовками утильной посуды от населения. Для сбора и закупки рецептурной посуды, бывшей в употреблении, были мобилизованы домоуправления, магазины потребительской кооперации, областные конторы «Союзутиль» на договорных началах. Дефицит деревянной ящичной тары восполнялся ремонтом старой для повторного обращения. Большая работа проводилась по ремонту медицинского инструментария, аппаратуры и оборудования. В Свердловской, Челябинской, Пермской областях были открыты мастерские по ремонту ре-

зиновых изделий, налажено изготовление предметов санитарии, гигиены и ухода за больными. Широко внедрялись рационализаторские предложения по замене дефицитных материалов и сырья в производстве, усовершенствовалась и упрощалась технология галеновых препаратов. Благодаря принятым мерам, объем выпускаемой продукции предприятиями местных аптекоуправлений уже в середине 1942 г. был увеличен вдвое.

Кроме того, при поддержке областных партийных и советских организаций аптекоуправления областей добились участия в производстве недостающих медицинских товаров предприятий местной промышленности, промкооперации и различных ведомств. Так, Уральский углехимический научно-исследовательский институт лабораторным путем изготавливал сульфидин, хотя периодически испытывал недостаток холодного сырья: пиридина, хлорсульфоновой кислоты и натрия металлического. Этот же институт выпускал эфир для наркоза. Завод химреактивов Наркомхимпрома СССР поставлял висмут азотнокислый, ацетонизид; завод п/я № 758-сульфат фото, барий сернокислый, натрий сернокислый, цинк сернокислый. Кафедра силикатов Уральского индустриального института снабжала аптекоуправления цинком-фосфатом. Местная промышленность и артели инвалидов труда изготавливали костыли и трости, гончарные изделия, зубные щетки, подушки гигиенические, скипидар, деготь и др. В выпуске медикаментов, химпрепаратов, оборудования, предметов и изделий медицинского назначения принимали участие: Нижнетагильский металлургический комбинат, Северский завод пластмасс, Невьянский завод Главцемент, Свердловский завод безалкогольных напитков, Невьянский, Серовский, Нижнетагильский, Пермский, Челябинский, Курганский мясокомбинаты и многие другие предприятия.

Однако основным источником покрытия недостающих медикаментов все же оставались заготовки дикорастущих лекарственных растений. В Свердловске на базе переданной местному аптекоуправлению конторы Всесоюзного треста лекарственных растений НКЗ СССР была организована Свердловская межобластная контора по заготовкам лекарственно-технического сырья в Пермской, Омской, Курганской, Челябинской и Свердловской областях (директор конторы С.Д. Кур). Сбор лекарственных растений проводился повсеместно. Активную помощь в заготовках оказывали комсомольские и пионерские организации, студенты, школьники, инвалиды, медицинские и аптечные работники и все сознательное трудовое население.

Если в 1940 г. в Свердловской области было заготовлено лекарственных растений 30 тонн, в том числе 25 тонн плодов шиповника, в 1942 г. уже 210,3 тонны по 69 видам номенклатуры, в том числе, плодов шиповника – 44 тонны, мха-сфагнума – 96 тонн. Ягоды малины, черники, мачехи, трава полевого хвоща, полыни и прочее заготавливались и учреждениями потребительской кооперации. Лучшими по заготовкам лекарственных растений были: фарма-

цевты Черноисточинской аптеки Висимского района-аптеки. Три человека заготовили 900 кг шиповника, 500 кг черники, 1100 кг мха-сфагнума и др. Аптека рудника им. III-го Интернационала Нижне-Тагильского района заготовила 800 кг плодов шиповника, 2,3 тонны мха-сфагнум, 300 кг наперстянки, 140 кг ягод малины.

Вместе с тем деятельность аптек Урала протекала в сложнейших условиях военной обстановки. Резко ощущался недостаток в аптечных учреждениях. Так, районный центр села Зайково вообще не имел аптеки. За счет эвакуированного населения с западных областей в отдельных промышленных районах нагрузка обслуживаемого населения на каждую аптеку возросла с 10-12 тыс. чел. (1940 г.) до 50-60 тыс. чел. (1943 г.). Положение усугублялась еще и тем, что многочисленная сеть аптечных пунктов, киосков, лотков и даже ряд аптекарских магазинов из-за отсутствия медицинских товаров были закрыты. Из-за занятости помещений другими учреждениями не работали Лобвинская, Шалинская, Нижне-Исетская аптеки. Начатые строительства аптечных зданий в Зайково и Сухом Логе из-за необеспеченности рабочей силой в 1942 г. были законсервированы.

С сентября 1942 г. увеличилась нагрузка и на хозрасчетные аптеки, так как к этому времени тыловые ЭГ были переданы в ведение местных отделов здравоохранения. Руководство госпиталей сосредоточилось в центре управления эвакогоспиталями и областных отделах здравоохранения.

Для обеспечения ЭГ и населения не хватало перевязочных материалов и многих медикаментов: глюкозы, новокаина, серебра азотнокислого, препаратов барбитуровой кислоты, кофеина, калия марганцовокислого, препаратов салициловой кислоты, эфира для наркоза, рыбьего жира, шприцов типа «Рекорд» и игл к ним, шовного материала, хирургического и зубоврачебного инструментария и пр. В продаже практически отсутствовали парфюмерно-косметические товары. Катастрофическое положение сложилось с обеспечением очковой оптикой. Для смягчения обстановки были созданы мастерские по ремонту очков, организована скупка у населения очков, бывших в употреблении, с последующей продажей их нуждающимся на комиссионных началах.

Большие трудности испытывали сами аптеки. Не хватало перегонных и инфундирных аппаратов, весов и разновесов. С передачей Уфимского промкомбината Главмедфармпрому НКЗ РСФСР в марте 1942 г. стал резко ощущаться недостаток ампул и рецептурной посуды, что служило основной причиной некоторого роста брака в изготовлении лекарств в аптеках. Особую озабоченность вызывало качество лекарств в аптеках эвакогоспиталей: в ЭГ 1140, 3101, 2537 и других из-за нарушений правил хранения медикаментов, в том числе ядовитых и сильнодействующих веществ, а также пользования неклеяемыми разновесами, порой допускались грубые ошибки в

приготовлении лекарств. В целом, по областям Урала процент неправильно приготовленных лекарств аптеками с 5,4% в 1941 г. вырос до 6,2% в 1942 г., а по аптекам Серовской МРК составил 10%, Алапаевской – 13,4%, Ирбитской – 15%. Лишившись основной базы обеспечения фуражом гужевого транспорта, аптечная сеть оказалась в весьма затруднительном положении по его содержанию. Однако, несмотря на чрезвычайные трудности условий труда в первые годы войны и недостатки в производственной деятельности в аптечной сети, фармацевты Урала выстояли, проявляя поистине беспримерный трудовой героизм, работая по 13-14 часов в сутки в дождь и мороз, под открытым небом, на складах по приемке колоссального потока медицинских грузов от различных поставщиков.

К числу лучших аптечных работников в годы Великой Отечественной войны следует отнести управляющих: Асбестовской аптекой А.В. Кошкину, аптекой № 5 Свердловска Е.А. Топоркову; работников контрольно-аналитической лаборатории: В.А. Петрову и А.В. Тимофееву; работницу галеново-фасовочного производства в Нижнем Тагиле Г.А. Вейсман; заведующую Красноуфимской МРК А.И. Простолупову; директора Уфимского стеклозавода А.А. Климова; работников аппарата Свердловского областного отделения ГАПУ А.С. Чистякову, С.Д. Бабинского и многих других. Они показывали величайшую твердость и неразрывную связь со всем трудовым Уралом, партией большевиков.

Аптечные труженики Урала с непоколебимой верой в торжество победы над врагом вступили в третий военный год, в новый этап труда в условиях военного тыла.

С целью усиления руководства бурно развивающимся народным хозяйством Урала в 1943–1944 гг. было осуществлено третье по счету административно-территориальное разукрупнение уральских областей. 6 февраля 1943 г. была создана Курганская область с областным центром в г. Кургане. Она объединила Курганский, Шадринский, Петуховский, Верещагинский и другие районы Урала.

28 апреля 1943 г. города Свердловск и Челябинск перешли в республиканское подчинение. 14 августа 1944 г. была учреждена Тюменская область в составе 38 районов и 6 городов областного подчинения (Ишим, Тобольск, Ялуторовск, Ханты-Мансийск, Салехард) с областным центром в г. Тюмени. С административно-территориальным разукрупнением областей создаются новые отделения ГАПУ НКЗ РСФСР – Курганское и Тюменское областные и 2 городских – Свердловское и Челябинское.

Так, во вновь созданное Свердловское городское отделение ГАПУ были переданы областным отделением ГАПУ: 15 аптек, несколько филиалов аптек и аптекарских магазинов Свердловска, галеново-фармацевтическая фабрика, зубомеханическая мастерская, производство наливных ампул «Стерампул»,

мастерская по починке резиновых изделий. Областная контрольно-аналитическая лаборатория, выведенная из областного в республиканское подчинение ГАПУ НКЗ РСФСР, стала выполнять 3 основных, почти самостоятельных функции: химический анализ лекарств, приготавливаемых аптеками и галеново-фармацевтической фабрикой; разработка технологических регламентов производства ряда химфармпрепаратов на лабораторных установках (гипосульфита, магнезии серноокислой, окиси ртути желтой и пр.); проведение научно-исследовательских работ, таких как: изучение возможностей использования местного лекарственно-технического сырья и отходов промышленных производств для изготовления фармацевтических препаратов; изготовление сухих лекарственных форм из растительного сырья; изучение средств народной медицины и др. Например, исследование каолинов Курьинского и Невьянского месторождения показали, что они обладают высокой адсорбирующей способностью, имеют высокую чистоту содержания, а следовательно полную возможность использования их в медицинской практике и производстве. Исследование месторождений гипса в Ачитском районе Свердловской области подтвердило пригодность его применения в медицинских целях. Был найден метод регенерации бывших в употреблении гипсовых бинтов для повторного применения. Сухие лекарственные формы-смеси измельченных листьев толокнянки с уротропином и диуретином нашли широкое применение при заболеваниях мочевого пузыря и почек. Исследования корня валерьянового, производившего на Урале, показали наличие в нем высокого содержания валерьяновой кислоты.

Большая работа оборонного значения была проведена под руководством директора Свердловской станции переливания крови М.И. Сахарова, который вел поиск консервантов крови и возможностей использования сухой сыворотки и кровезаменителей. Ампулы с кровью и сухой сывороткой с этикетками Свердловской станции переливания крови можно было встретить на всех фронтах Великой Отечественной войны. Всего за время войны свердловчане сдали 81577 литров донорской крови. Свыше 6 млн рублей было собрано на постройку самолета «Уральский донор».

В предвоенные и военные годы свердловские химики-органики во главе с профессором И.Я. Постовским синтезировали целую серию новых лекарств, имевших большое оборонное значение. Уральцы были в первых рядах химиков мира, открывших для химиотерапии эру сульфамидных препаратов. Одному из них – сульфидину – суждено было сыграть выдающуюся роль в годы Великой Отечественной войны. Многие тысячи раненых обязаны ему своим спасением. Начатые в предвоенное время клинические испытания этих препаратов, их внедрение в лечебную практику осуществляли врачи во главе с видным терапевтом, профессором Б.П. Кушелевским.

В первые годы войны И.Я. Постовский с группой сотрудников (Б.Н. Лундин, З.В. Пушкарева и др.) в рекордно короткие сроки организовал производство сульфамидных препаратов на Свердловском химфармзаводе. Он оказался единственным в стране предприятием, выпускавшим необходимые на фронте и в тылу сульфамиды. В послевоенное время на базе завода было развернуто производство антибиотиков (пенициллина).

Необходимо отметить, что к середине 1942 г. перестройка аптечного хозяйства на военный лад была завершена. Объем выпускаемой продукции увеличился вдвое. Основным сырьевым источником являлись дикорастущие растения.

Свердловская контрольно-аналитическая лаборатория вела большую научно-исследовательскую работу на плантациях совхоза по выращиванию лекарственных растений близ села Елань Билимбаевского района. На экспериментальной площадке в 13,5 га культивировались аптечная ромашка, шалфей, валериана. Пермская, Челябинская, Кемеровская лаборатории изучали возможность использования отходов коксохимических заводов. Вместе с тем, за счет высокой организации работы всех звеньев аптечной системы и невиданного ранее претворения в жизнь своего высокого гражданского долга фармацевтами и всеми аптечными работниками издержки обращения по аптечной сети Урала ежегодно снижались, составив к 1944 г. 18% к фактическому товарообороту против 26,6% в 1940 г. По этой же причине усилилась сохранность товароматериальных ценностей и денежных средств.

В основу работы аптечных учреждений в 1944 г. было положено Постановление СНК РСФСР от 3 апреля 1944 г. «Об улучшении медицинского обслуживания населения». По инициативе местных ГАПУ расширились источники сырья для производств медицинских препаратов и изделий, увеличился ассортимент лекарственных средств, изготавливаемых на предприятиях аптекоуправлений местной, республиканской, союзной промышленности, артелями промысловой кооперации и инвалидов; росли децентрализованные заготовки медицинских товаров в краях и областях Урала, Сибири, Дальнего Востока, Средней Азии.

Во второй половине 1944 г. снабжение медицинскими товарами начало осложняться. Остро ощущался недостаток перевязочных материалов, возникли серьезные перебои в обеспечении лечебных учреждений глюкозой, новокаином, кофеином и многими другими препаратами. Во многих больницах по этой причине отменялись плановые операционные дни. Сеть аптек, без того недостаточная, сокращалась. Средняя нагрузка обслуживаемого населения на одну аптеку даже в таких отдаленных районах как Верхне-Тавдинский, Камышловский, Тугулымский, увеличилась до 40-60 тыс. чел. при средней довоенной нагрузке 15-18 тыс. В аптеках, помимо весов, разновесов, перегонных кубов критическое положение создавалось со вспомогательными

материалами. Из-за отсутствия пробок и бумаги порошки развешивали в газетную бумагу, склянки с лекарствами укупоривали первыми попавшимися под руку материалами. Многие сотрудники аптек работали, не имея спецодежды (без медицинских халатов и косынок). Рентабельность аптек из-за резко повысившейся себестоимости завозимых на Урал медицинских товаров в среднем колебались в пределах 72-75% от продажных цен, а в 1944 г. она достигла 80,9%.

Кроме того, в 1944 г., по мере освобождения западных областей от немецко-фашистской оккупации, туда начало возвращаться население, эвакуированное в начале войны на Урал. Вместе с ними уезжали в родные места и аптечные работники. В годы Великой Отечественной войны положение с фармацевтическими кадрами областей Урала, за счет притока эвакуированных на Урал, было весьма благополучным. Если накануне войны в аптечных учреждениях Свердловской области работало 53 провизора, 424 помощника провизора и 428 практикантов на фармацевтических должностях, то в 1943 г. аптечной сети имелось 96 провизоров и 17 человек с образованием, приравненным к провизорскому. В то же время из аптечных учреждений были призваны в РККА 31 провизор и 179 помощников провизора. Свердловской контрольно-аналитической лабораторией руководил доцент Г.А. Вайсман. После эвакуации аптеки уральских областей вновь стали испытывать недостаток специалистов, но он еще не был так ощутим, потому что в годы войны аптечная сеть роста не имела.

Великая Отечественная война приближалась к концу. В то время как советские воины еще громили и уничтожали гитлеровскую армию, наш народ уже приступил к восстановлению народного хозяйства в освобожденных от оккупантов районах. В соответствии с Постановлением ЦК ВКП (б) и СНК СССР «О неотложных мерах по восстановлению народного хозяйства в районах, освобожденных от немецко-фашистских захватчиков», аптечные работники Урала для восстановления аптек в областях Украины, Северного Кавказа, Калининской, Смоленской, Ростовской направили местным отделениям ГАПУ комплекты аптечного оборудования и инвентаря, оказывали помощь медикаментами и дезсредствами в борьбе с эпидемиями, ликвидации очагов инфекции и других послевоенных последствий.

В мае 1945 г. Великая Отечественная война окончилась. Аптечные работники Урала, как и все фармацевты Российской Федерации, с честью выполнили свой священный патриотический долг перед Родиной. Они успешно справились с основной задачей, поставленной перед ними в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. Подводя итог этого периода, еще раз необходимо подчеркнуть, что с началом Великой Отечественной войны вся работа аптечных учреждений Урала была перестроена с учетом требований военного времени.

Из сказанного выше следует: годы Великой Отечественной войны наглядно показали, что в условиях активных боевых действий с переменными военно-оперативными успехами, с включением в зону боевых операций обширных территорий неминуемы нарушения сложившихся межрайонных (межзональных) экономических связей. В подобных обстоятельствах целесообразной оказалась глубокая децентрализация медицинского снабжения; развитие галенового производства с максимальным использованием местного дикорастущего лекарственно-технического сырья и отходов промышленных предприятий для изготовления медицинских препаратов, дезосредств и изделий санитарно-гигиенического и медицинского назначения, а также привлечение для этих же целей возможностей промышленных предприятий, научно-исследовательских и учебных институтов, хозяйственных и промысловых организаций и артелей.

Учитывая территориальное местонахождение Урала, наличие здесь узловых разветвленной сети железнодорожных, водных, шоссейных и воздушных путей страны, аптечные объединения региона в условиях военного времени были готовы выполнять роль дублеров республиканских баз медикаментозного снабжения, контор по заготовкам дикорастущего лекарственно-технического сырья как на территории областей Урала, так и в Зауралье, в Сибири и на Дальнем Востоке.

Великая Отечественная война наглядно доказала преимущество социалистической системы ведения аптечного дела над другими системами. Несмотря на величайшие бедствия, принесенные войной, нечеловеческие трудности в работе аптечных учреждений, аптечное дело Урала из всех перенесенных трудностей вышло не ослабленным, а еще более сильным своей организацией, качеством лекарственного обслуживания населения и лечебно-профилактических учреждений, приобрело богатый опыт работы и более высокие научно-теоретические знания.

Литература

1. Директива СНК СССР и ЦК ВКП (б) партийным и советским организациям передовых областей от 23 июня 1941 г. О неотложных мерах по восстановлению народного хозяйства районов освобожденных от немецко-фашистских захватчиков: постановление ЦК ВКП (б) и СНК СССР от 21 августа 1943 г.
2. О порядке отпуска лекарственных средств в условиях военного времени: распоряжение НКЗ СССР от 22 июня 1941 г. Областным отделением ГАПУ // Архив Свердловского ОблАПУ 1941.
3. Об улучшении медицинского обслуживания населения: постановление СНК РСФСР от 3 апреля 1944г. № 177 // Архив Свердловского Облсполкома 1944.
4. Клиот И.А., Маймид С.М. Тридцать лет советской аптеки / под ред. Проф. В.К. Модестова. Изд-е Центрального научно-исследовательского института ГАПУ НКЗ РСФСР. – 1948. – С. 149-152.

5. Отчет о торгово-финансовой и хозяйственной деятельности Свердловского Обл. отделения ГАПУ за 1942г. // Архив Свердловского ОблАПУ. Д. 82. Оп.1.
6. Материалы деятельности филиала конторы союзхимфармбыт в Свердловске за 1942 г. // Архив Свердловского ОблАПУ.
7. О деятельности Нижне-Тагильской галеновой лаборатории в 1942 г. // Архив Свердловского ОблАПУ.
8. Приказ Свердловского Обл. отд.ГАПУ от 16 февраля 1942 г. № 16.
9. Отчет о торгово-финансовой и хозяйственной деятельности Свердловского Обл. отд. ГАПУ за 1943 г.
10. О мероприятиях по улучшению качества медикаментозного обслуживания: приказ НКЗ РСФСР от 31 марта 1944 г. № 28.
11. Об организации плантаций по выращиванию лекарственных растений в Еланском сельсовете Билимбаевского района: решение Свердловского Облсполкома от 16 марта 1943 г. № 423 // Архив Свердловского ОблАПУ.
12. О переводе контрольно-аналитических лабораторий на хозяйственный расчет: приказ ГАПУ НКЗ РСФСР от 31 мая 1943 г.
13. Об организации городских отделений ГАПУ : приказ НКЗ РСФСР от 28апреля 1943 г. № 43-О // Архив Свердловского Обл.отд. ГАПУ. Д.85.С.22.
14. Приказ Свердловского Обл.отд. ГАПУ от 6 июня 1944 г. № 81 // Архив Свердловского Обл.отд. ГАПУ. Д.83.С.91.
15. Отчет о торгово-финансовой деятельности Челябинского отделения ГАПУ за 1942 г. // Архив ГАПУ МЗ РСФСР.
16. Ларионов Л.П., Кутепов С.М., Скоротец Н.М. Становление и развитие аптечного дела на Урале, Екатеринбург, 2011. – 315С.

РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНЫ В ТУВИНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ В 1921–1944 ГГ.

Маадыр М.С.

ГБУ «НИИ медико-социальных проблем и управления Республики Тыва» (Кызыл, Республика Тыва)

Вопросы истории медицины в Туве, одном из субъектов современной России, относятся к малоизученным проблемам. В настоящее время имеется ряд работ, посвященных созданию медицинских учреждений в Туве, профессиональной деятельности отдельных врачей и некоторым другим аспектам [1]. Наиболее значимыми являются работа М.Г. Шабаева «Очерки истории здравоохранения Тувы» и научно-популярное издание «Здравоохранение Тувы: 100 лет служения народу. 1914–2014», в которых освещены события и факты, произошедшие в период со второй половины XVIII в. и до сегодняшних дней [2].

По сравнению с другими регионами России, развитие медицины в Туве имеет свои особенности. В данной статье рассматривается период лишь с 1921 по 1944 гг., когда Тува развивалась как отдельное государство и называлась Тувинской Народной Республикой (ТНР). В протяжении всего более двух десятков лет здесь произошли события, имеющие глубокое политическое, экономическое, социальное и культурное значение. Появились совершенно новые для тувинских аратов социальные институты (государственные учреждения, общественные организации и др.), печатное дело, национальная письменность и т.д. Одна из кардинальных реформ данного периода – перевод аратских хозяйств к оседлому образу жизни, окончательно завершившийся к 60-м гг. прошлого века. Все эти преобразовательные процессы, труднодоступный горный ландшафт, низкая плотность населения и другие объективные и субъективные факторы непосредственно отразились на формировании и развитии современной медицины в ТНР.

К моменту создания республики (август 1921 г.) Тува представляла собой кочевое общество. Основным хозяйственным занятием тувинцев, коренного населения (в ряде источников – более 70 тыс. чел.), было скотоводство, а у тувинцев-тоджинцев – оленеводство. Исследователи пишут: «До проникновения в Туву европейской медицины здесь существовало три формы оказания медицинской помощи населению. Наиболее древней формой нужно считать методы лечения больных, накопленные эмпирически тысячелетиями и сохранившиеся до наших дней» [3]. Обычно эту форму называют народной медициной. Вторая форма носила культовый, религиозный характер и была основана на вере в духов

(т.е. шаманство). Третья форма – тувинско-тибетская медицина – имела смешанный характер.

В повседневной жизни тувинцы пользовались, в основном, средствами народной медицины. В ее арсенале основным лекарственным средством являлся «кара эм» (дословный перевод: «черное лекарство», смысл – народное лекарство), представляющий собой продукты растительного и животного происхождения, а также минералы. Кроме того, особый ряд составляли аржааны – минеральные и пресные природные водные источники, соленые и грязевые озера. Традиции лечения на таких источниках сохранились и у современных тувинцев.

Первые меры по организации современной медицины в ТНР были приняты в 1922 г. В ведение вновь созданного Министерства внутренних дел (МВД) были вписаны функции, касающиеся медицинского обслуживания населения республики. На I Великом Хурале ТНР, состоявшемся в 1923 г., в числе актуальных вопросов министр МВД отметил необходимость организации европейской медицинской помощи населению Кызыла [4]. На этом же Хурале был утвержден первый государственный бюджет ТНР, предусмотренный на период с 1 сентября 1923 по 1 сентября 1924 г. В нем были выделены средства на формирование общественных фондов народного потребления, в том числе на предоставление бесплатных услуг по медицинскому обслуживанию. Расходы бюджета были определены в сумме 256,4 тыс. лан (китайская валюта, в которой до 1925 г. исчислялись все доходы и бюджет ТНР). Из них на развитие просвещения, здравоохранения и всего народного хозяйства в совокупности была ассигнована незначительная сумма – 128 тыс. лан. По подсчетам специалистов, это равнялось 3,1 руб. в год на душу населения [5].

К особенностям развития медицины в ТНР следует отнести также существование на ее территории Русской самоуправляющейся трудовой колонии (РСТК; в 1932 г. преобразована в комитеты советских граждан), которая имела свои медицинские пункты и амбулатории. Исполком РСТК вел работу по их укомплектованию советскими специалистами. Например, в 1925 г. в колонию приехали хирург С.В. Васильев и его жена – врач-терапевт. Однако средств РСТК зачастую не хватало на содержание медицинских учреждений. Так, в 1925 г. из-за отдаленности Тоджинского района поднимался вопрос о ликвидации местного медпункта. В результате обсуждения исполком колонии решил предложить тувинскому правительству содержание данного медпункта на паритетных началах [6].

По мнению министра МВД ТНР, в медицинском обслуживании коренного населения республики, сложившемся в середине 1920-х гг., доминировали буддийские ламы. На III Великом Хурале, состоявшемся в октябре 1925 г., он сообщал, что в стране не очень развита европейская медицина. Лечение занимаются один русский врач и пять тувинских лам [7].

В 1926 г. Правительство ТНР при поддержке СССР открыло небольшую больницу на 16 коек, которая вскоре была расширена до 25. Больница имела европейское и тибетское отделения. Для работы во втором отделении, согласно специальному распоряжению Правительства ТНР, из хошунов (районов) отзывались эмчи-ламы (ламы-лекари), и каждый из них по 72 дня поочередно отбывал эту своеобразную повинность. На V Великом Хурале министр МВД доложил, что в Кызылской больнице работают 2 врача: русский и тибетский, и что европейская медицина становится все более популярной [8].

По вопросам оказания помощи в укреплении экономики, культурного развития страны, в том числе и медицины, Правительство ТНР обращалось неоднократно к руководству СССР. Советская сторона принимала соответствующие меры, опираясь на предложения Всесоюзного общества культурных связей (ВОКС). Изучив направленное им задание, сотрудники ВОКС включили республику в сектор «Дальний Восток», куда входила также и Монголия (здесь страны распределялись по мировым регионам, например, «Ближний Восток» и т.д.). Изучив собранную по ТНР информацию, чиновники пришли к выводу (сохранены стиль и орфография): «... Одни страны ... в положении колоний. ... Другая группа стран – Монголия, Танну-Тува – в совершенно в другом положении. ... Но здесь величайшим препятствием нашей работе является их бедность, которая предполагает полную безвозмездность всех наших культурных услуг ... ВОКС должен всемерно содействовать организации научно-исследовательских и санитарных экспедиций, которые содействуют не только чрезвычайно желательному культурному подъему этих стран, но и увеличивают культурно-политический престиж Советского Союза» [9].

По материалам, подготовленным ВОКС, осенью 1927 г. на уровне СНК СССР было принято решение об отправке в ТНР медико-санитарной экспедиции Наркомздрава за счет средств бюджета РСФСР [10]. Ее состав был утвержден в количестве семи человек. Однако в 1928 г. фактически прибыли 4 врача и фельдшер Месетников. Начальником экспедиции был Руденко, членами – А.М. и С.Т. Артюновы, В.М. Николаенко, которые были хирургом, окулистом и стоматологом соответственно. Через год прибыл акушер-гинеколог.

Основная цель советской медико-санитарной экспедиции – оказание практической помощи в организации на территории ТНР сети медицинских учреждений. Для ее достижения были поставлены масштабные задачи, в частности, широкая популяризация идей и принципов советского здравоохранения, привлечение аратских масс к организации современной системы медицинского обслуживания, наглядный показ тувинским аратам современных методов диагностики и лечения, тем самым завоевание их симпатии.

Особое внимание экспедиция уделяла санитарно-просветительской работе и внедрению в быт коренного населения санитарно-гигиенических норм. Впоследствии о своем впечатлении начальник экспедиции Руденко писал: «К моменту прибытия экспедиции в Туве имелась единственная больница в Кызыле, которая обслуживала исключительно русское население и, главным образом, зажиточную верхушку. В больнице работали один врач, фельдшер и несколько человек технического персонала. Параллельно с больницей, обслуживающей русское население, имелась государственная тибетская больница, в которой лечилось исключительно тувинское население» [11]. Первая медико-санитарная экспедиция Наркомздрава РСФСР работала в ТНР в протяжении 5 лет. Состав ее менялся ежегодно и пополнялся специалистами. Направляемые в ТНР на постоянную работу советские медицинские специалисты работали на договорных условиях.

В течение 1928–1929 гг. советской экспедиционной бригадой были развернуты медицинские учреждения в большинстве хошунов Тувы. Первые амбулатории по медицинскому обслуживанию коренного населения открылись в Чадане, Шагонаре, Сарыг-Сепе, Туране, Тоора-Хеме; несколько позднее – в Бай-Хааке и Самагалтае. Из-за отсутствия зданий во многих местах они открывались в юртах. Врачи амбулаторий периодически менялись – каждые 2-3 месяца специалист, работавший в одной амбулатории, переезжал в другую. При этом врачи имели свои палатки, которые в летнее время использовались в качестве стационаров. Члены экспедиции начали работу по проведению всеобщей вакцинации населения против оспы. Всего было сделано более 65 тыс. прививок [12].

Если говорить о бюджетном финансировании тувинской медицины, то к тому времени существенного увеличения его объема не наблюдалось. В 1928 г. на ее нужды выделены всего 10 тыс. руб. Однако к 1929 г. ситуация изменилась. Годовой объем финансирования был доведен до 89 тыс. руб., т.е. почти в 8 раз больше, чем в 1928 г. [13]. В том же году Правительство ТНР решило объединить две Кызылские больницы. Объединенная больница получила название: Государственная больница им. С. Тока (в честь государственного и партийного лидера Тувы). Врачи, фельдшеры и другие работники больницы работали по договору, в котором была детально указана ежемесячная норма проработки часов. Например, за дежурство в праздничные дни, независимо от надбавки, полагалась доплата по 15 руб. [14].

После VIII съезда Тувинской народно-революционной партии (ТНРП; осень 1929 г.) с бюджетного финансирования сняли ламское (тибетское) отделение Государственной больницы. В это же время (октябрь 1929 г.) полпред ТНР в СССР М. Шойдан телеграфировал в МИД Тувы о том, что в связи с созданием в республике медпунктов СНК СССР решил взять на себя часть расходов на их содержание в сумме до 30 тыс. руб. Он сообщал также

об отборе врачей для работы в Туве [15]. Кроме того, на уровне правительства ТНР решался вопрос об открытии в Кызыле аптеки, о снабжении больниц аптечными товарами, медицинским инструментарием и оборудованием. При этом было указано, что всю эту работу целесообразно вести через Томское аптечное управление [16].

В развитии медицины Тувы следует отметить 1930 г. В составе вновь созданного Министерства культуры ТНР был выделен отдел здравоохранения (Тувздрав), наделенный «... обособленными правами» [17]. Тем самым, с МВД ТНР сняты функции по медицинскому обслуживанию населения. Согласно Положению о минкультуре ТНР, заведующего Тувздравом назначал и снимал с должности Совет Министров ТНР по представлению министра культуры. На эту должность назначались в основном руководители советских медико-санитарных экспедиций. Был период, когда Тувздравом руководил А.М. Чымба, впоследствии ставший Председателем Правительства ТНР. Одним из первых мероприятий, проведенных работниками Тувздрава совместно с членами советской экспедиции, стала итоговая конференция по результатам медико-санитарного обследования населения ТНР. Конференция прошла в г. Кызыле с 17 по 19 ноября 1930 г. На ней принято постановление Правительства ТНР о расширении практики советской медицины в ТНР.

Другим событием 1930 г. стало то, что женщинам, рожаящим в стационаре, начали бесплатно выдавать детское приданное. До этого тувинские женщины рожали в своих юртах, а функции акушера-гинеколога выполняла «тудугжу кадай» («бабка-повитуха»). Иногда таковыми были и мужчины. Следует отметить, что тувинские женщины рожали в вертикальном положении, что было типично для кочевников. Согласно канонам древней культуры, женщина-тувинка четко осознавала, что вынашивать, рожать и растить детей – это ее священная доля, данная «Дээр-Адам» и «Чер-Ием» («Отцом-Небом и Матерью-Землей»).

В 1931 г. в ТНР состоялись юбилейные мероприятия, посвященные десятилетию образования государства. В этой связи Советское правительство передало Туве комплекты подарков, в том числе юрту-передвижку на пять родильных коек. В том году в стационаре были приняты роды у 31 женщины [18].

К 1938 г. в ряде хошунных центров ТНР были построены помещения для больниц. Например, в Шагонаре двухэтажное здание, в Чадане – на 50 коек, в Тоора-Хеме – на 15, в Туране – на 10, в Кызыл-Мажалыке – на 15. В них выделялись только родильные койки, все остальные «отделения» функционировали как одно «общее». Повсеместно развертывались фельдшерско-акушерские пункты. Медицинским обслуживанием были охвачены также работники горной промышленности. В частности, открылась больница на Харалском руднике, а на Октябрьском и Эйлиг-Хемском рудниках – медпункты [19].

В 1939 г. с Тувздрава было снято руководство аптечной сетью страны, а снабжение медикаментами лечебных учреждений передано Центральной аптеке г. Кызыла. К тому времени в ТНР были открыты еще 3 аптеки, а в течение только 1940 г. – 5 аптек. К октябрю 1944 г. их количество насчитывалось до 10. На одну аптеку приходилось 10500 чел. Радиус обслуживания составлял от 50 до 200 км [20].

Важный этап в истории медицины ТНР наблюдается в 1941 г. Во-первых, в Кызыле введено в эксплуатацию самое современное по тем временам двухэтажное типовое здание больницы. Согласно проекту, здание имело отопительную систему, круглосуточно обеспечивающую больницу горячей водой. На первом этаже размещались: приемный покой и санпропускник, терапевтическое и детское отделения, рентгенкабинет. На втором этаже находились: комната дежурного врача, хирургическое отделение на 30 коек и акушерско-гинекологическое отделение. В больнице начали проводить операции при аппендиците и внематочной беременности, грыжесечения при ущемленных грыжах, оказывать помощь при гнойных заболеваниях, ранениях органов брюшной полости, консервативно лечить многие заболевания [21].

Во-вторых, в структуре исполнительной власти ТНР впервые появилось Министерство здравоохранения. Основанием послужил перевод народного хозяйства ТНР на военный лад, что было обусловлено началом Великой Отечественной войны Советского Союза с Германией. В данной ситуации на уровне руководства республики был сделан вывод об усилении работы по медицинскому обслуживанию граждан и санитарно-эпидемиологическому благополучию тыла, так как это было актуальнейшей задачей укрепления обороноспособности страны. Положение о Министерстве было утверждено Советом Министров ТНР 9 октября 1941 г., согласно которому в его составе было создано 6 подразделений: инспекторская группа, противоэпидемиологический сектор, государственная санитарная инспекция, судебно-медицинский эксперт, медицинская статистика и секретариат [22]. Министром здравоохранения был назначен Сарыглар Себекович Лопсаннаар, не имевший медицинского образования. В то время среди тувинцев был единственный врач Сергей Агбанович Серекей, имевший диплом Второго Ленинградского медицинского института имени И.И. Мечникова. По возвращению домой его назначили начальником военно-санитарной службы Объединенного кавалерийского полка ТНР. В руководящих кругах страны посчитали, что в условиях военного времени место С.А. Серекея, три года проучившегося еще и в Военно-медицинской академии и имеющего звание капитана медицинской службы, именно в рядах Вооруженных Сил ТНР. На должность главного эпидемиолога ТНР, крайне нужного в то время, был назначен санитарный врач Н.П. Козлов, прорабо-

тавший в Туве до 1957 г. За качественное проведение санитарно-профилактической работы в условиях военного времени в 1944 г. он был награжден Орденом Труда ТНР.

В первые годы план работы Минздрава Тувы разрабатывался по одиннадцати разделам: «Больничная помощь», «Амбулаторная помощь», «Фельдшерская помощь», «Санитарно-профилактические учреждения», «Охрана материнства и младенчества», «Аптечное дело», «Санаторно-курортное дело», «Противоэпидемические мероприятия», «Медицинские кадры» и др. [23]. Впервые были разработаны и утверждены служебные обязанности врача-ординатора, дежурного врача, старшей и палатной сестры, акушерки, санитарки, больничного завхоза и повара больничной кухни. Отныне все вопросы по планированию и практической деятельности лечебно-профилактических учреждений ТНР, назначение врачей и другие решения принимались в Министерстве здравоохранения. Кроме того, как совещательный орган, в Минздраве начал действовать медицинский совет, председателем которого был министр. Состав совета утверждался Правительством ТНР.

В 1943 г. в Правительстве ТНР произошли кадровые изменения. Вместо С.С. Лопсаннаара министром здравоохранения был назначен врач-лечебник С.А. Серекей [24].

К 1940-м гг. произошло расширение медицинской сети ТНР. Были развернуты еще 2 хошунные (районные) больницы и 9 фельдшерско-акушерских пунктов. Общий коечный фонд больниц республики достиг 326 мест, а в медпунктах – 42. Обеспеченность больничной койкой, в частности в 1943 г., составила 294 чел. на 1 место, а в 1933 г. на 1 койку приходилось 550 чел. К этому времени значительно улучшилась и лечебно-профилактическая работа. Так, в 1943 г. в больницах ТНР было пролечено 6980 пациентов, которые провели на койке 77687 койко-дней, что составляло 11,1 койко-дня на одного больного. В том году больничная смертность составила 4,8% [25]. Однако специализированными отделениями располагала только Кызыльская больница, в которой функционировали хирургическое, глазное, туберкулезное, кожно-венерологическое, терапевтическое, инфекционное и детское отделения. В целях консультаций, изучения и выявления заболеваемости врачи отделений часто выезжали в хошуну республики. Более оснащенными больницами были Чаданская, Шагаан-Арыгская и Тоджинская. Здесь имелись автоклавы и хирургический инструментарий для хирургической работы [26].

К 1940-м гг. посещение тувинцами лечебных учреждений заметно возросло. Если в начале 1930-х гг. только единицы из коренного населения обращались к врачам, то за 1943 г. было зафиксировано уже 112408 посещений, в том числе 57000 – первичными больными и 55408 посещений – повторными больными [27]. Если же говорить о медицинском об-

служивании членов Правительства и дипломатических работников ТНР, то советская сторона предоставляла им свои медицинские учреждения. Они лечились в Кремлевской больнице, отдыхали на курортах Кавказских минеральных вод и Крыма [28].

Главный вопрос любой отрасли – кадры. В силу объективных обстоятельств до середины 1930-х гг. в Туве не было медицинских кадров коренной национальности. В действовавших к тому времени медпунктах, амбулаториях и Кызыльской больнице работали несколько советских врачей, фельдшеров и медсестер. Например, первой операционной сестрой была Марфа Андреевна Дубовская, окончившая курсы медсестер Российского Общества Красного Креста. Из-за нехватки кадров в качестве фельдшеров, акушерок и медсестер приходилось использовать санитарок, переводчиков и регистраторов. В то же время известна практическая деятельность в ТНР высококвалифицированных советских специалистов. Так, в начале 1930-х гг. заведующим и хирургом Тоджинской больницы работал профессор Д.К. Языков. В течение 1933 г. в условиях отдаленной хошунной больницы он провел 43 операции, в том числе 34 полостных [29].

Первыми дипломированными медицинскими кадрами из числа тувинцев стали акушерки Таки-Сюрюн, Чыртакай, Сарыг-Тараа, Хууракпан и Серенмаа, окончившие в 1935 г. Московский центральный медицинский техникум [30]. После распределения Анну Намбыраловну Торжу (Таки-Сюрюн) оставили в Кызыльской больнице им. С. Тока, остальных отправили в хошуну. За многолетний и добросовестный труд А.Н. Торжу была впоследствии награждена орденом Трудового Красного Знамени и медалями, в том числе «За доблестный труд».

Первые попытки по подготовке медицинских кадров из числа тувинской молодежи в г. Кызыле были предприняты в 1933 г. путем организации медицинских курсов. Со временем в Кызыльском учебном комбинате открылись четырехгодичные курсы по подготовке фельдшеров и одногодичные – по подготовке медицинских сестер. Первый набор был небольшим, и выпуск состоялся в 1937 г. в количестве 5 человек [31]. В целях обеспечения литературой учащихся курсов учебного комбината и медработников, имеющих среднее образование, совместными усилиями работников Тувздрава и Комитета печати был подготовлен и выпущен на тувинском языке «Справочник для среднего медицинского персонала». Как отмечено в аннотации, книга предназначалась также «для повышения бытовой культуры аратов».

Первым дипломированным врачом из тувинцев стал, как было упомянуто выше, С.А. Серекей, который вернулся в Туву в 1941 г. Потомок тоджинских оленеводов из рода Кол, он осваивал специальность врача в северной столице России на протяжении тринадцати лет – с 1927

по 1941 г. Сначала учился в рабфаке, затем – в Военно-медицинской академии и во Втором Ленинградском медицинском институте.

К 1944 г. общая численность врачей ТНР увеличилось до 32, из них представителей коренной национальности было всего один – С.А. Серекей. Работников среднего медицинского персонала стало более 110 человек, из которых 56 были тувинцами [32].

В целом, к моменту вхождения Тувы в состав Советского Союза (октябрь 1944 г.) в республике был сформирован фундамент системы современной медицины. Созданные к тому времени больницы, медпункты, амбулатории и работающий в них персонал сумели популяризовать среди местного населения медицинскую помощь, особенно хирургическую и акушерскую. В результате тувинцы начали верить в возможности современной медицины. Благодаря ее развитию прогрессирующей тенденцией стало повышение уровня жизни и естественный прирост населения ТНР.

Вместе с тем, вопросы истории медицины в Туве нуждаются в дальнейшем в более детальном изучении.

Литература

1. *Серекей С.А.* Развитие здравоохранения в Туве // Ученые записки. – Вып. 5 / Тув. НИИ яз., лит. и ист. – Кызыл, 1957. – С. 119-123; Счастье дарить здоровье. 65 лет Тувинской республиканской больнице / Тувин. республ. больница. *Бухтоярова Н., Гантов В., Кенин-Лопсан М., Костюкова Л., Кривдик В., Савиных В.* – Кызыл, Новости Тувы, 1995. – 159 с.; 60-летие ГБУЗ РТ «Республиканская детская больница» / *Баткар Ч.Ч., Дугур О.К.* – Кызыл, 2014. – 72 с.; Прикосновение к судьбе. Николай Васильевич Сизых. Воспоминания коллег, друзей и родных / *Сост. Комаровских Е.Н., Монгуш А.К.* – Красноярск, 2014. – 79 с. и др.
2. *Шабаев М.Г.* Очерки истории здравоохранения Тувы / Под ред. *Мендриной Г.И.* – Кызыл: Тув. кн. изд-во, 1975. – 195 с.; Здравоохранение Тувы: 100 лет служения народу. 1914–2014 / Правительство Республики Тыва. Мин-во здравоохран. Республики Тыва. НИИ медико-социальн. проблем и упр. Республики Тыва; *авт-сост. Маадыр М.С., отв. ред. Монгуш Б.Д.* – Кызыл – Новосибирск: Сибирское кн. изд-во, 2014. – 277 с.
3. *Шабаев М.Г.* Очерки истории здравоохранения Тувы. – Кызыл, 1975. – С. 26.
4. *Моллеров Н.М.* История советско-тувинских отношений (1917–1944 гг.) – М., 2005. – С. 156.
5. *Тульчинский Л.И., Каплунов А.И.* Очерки бюджета Тувы / Тув. НИИ яз., лит. и ист. – Кызыл, 1972. – С. 21.
6. *Моллеров Н.М.* Указ. соч. – С. 157.
7. *Моллеров Н.М.* Указ. соч. – С. 157.
8. Кызыл – столица Советской Тувы (1914–1964 гг.). – Кызыл, 1964. – С. 50; *Моллеров Н.М.* Указ. соч., С. 157.
9. Государственный архив Российской Федерации (ГА РФ), ф. 5283, оп. 4, д. 27, л. 93.
10. *Тульчинский Л.И., Каплунов А.И.* Указ. соч. – С. 23.
11. *Начын А.А.* Министерству здравоохранения – 60 лет // Вестник этнической медицины. Т.1. – 2004. – № 1. – С. 80.
12. Центральный государственный архив Республики Тыва (ЦГА РТ), ф. 92, оп.1, д.231, л.9.
13. *Тульчинский Л.И., Каплунов А.И.* Указ. соч. – С. 23.

14. ЦГА РТ, ф. р-140, оп. 1, д. 2, л. 8.
15. ЦГА РТ, ф. 100, оп.1, д.4, л.160.
16. *Сорокин А.И.* Аптечное дело в Тувинской автономной области // Фармация. – 1945. – № 1. – С. 5.
17. ЦГА РТ, ф. 140, оп. 1, д. 2, л. 31.
18. *Шабаев М.Г.* Указ. соч., с. 73; Саая С.В. Россия – Тува – Монголия: «центрально-азиатский треугольник» в 1921-1944 годах. – Абакан, 2003. – С. 128.
19. ЦГА РТ, ф.92, оп.1, д.231, л.6.
20. *Шабаев М.Г.* Указ. соч. – С. 78;
21. *Ховалыг В.Т., Ховалыг Ч.В.* Развитие хирургического отделения Республиканской больницы № 1 // Актуальные вопросы развития специализированной медицинской помощи в Республике Тыва. Юбил. научно-практ. конф., посв. 80-летию Респ. больницы № 1. – Кызыл, 2010. – С. 65,66.
22. ЦГА РТ, ф.140, оп.1, д. 40, л. 27.
23. ЦГА РТ, там же, л.9, 10.
24. *Начын А.А.* Указ. соч. – С. 81.
25. ЦГА РТ, ф. р-140, оп.1, д.44, л.2, 5, 7.
26. ЦГА РТ, ф. 92, оп.1, д.231, л.9.
27. ЦГА РТ, ф. р-140, оп.1, д.44, л. 7.
28. *Моллеров Н.М.* Указ. соч., с. 232.
29. *Языков Д.К.* Советский хирург в Туве // Советская хирургия. Т.4. – Вып. 5. – М., 1933. – С. 602.
30. «Научиться помогать женщинам, когда они рожают». Интервью с А.Н. Торжу. Вела А. Лачугина // Центр Азии. – 2004. – 18-25 июня.
31. *Шабаев М.Г.* Указ. соч. – С. 78.
32. *Шабаев М.Г.* Указ. соч. – С. 79.

НАУЧНЫЕ ШКОЛЫ В МЕДИЦИНЕ

НАШИ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ ПРОБЛЕМЫ НАУЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ШКОЛ В РОССИИ

Бородулин В.И., Глянцев С.П.

*ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья
имени Н.А. Семашко» (Москва, Россия)*

В XIX и в первые три четверти XX вв. в России клинические школы были важнейшим инструментом сохранения и развития научного знания в области клинической медицины. Поэтому интерес к их истории сохраняется и в XXI в.; публикаций по этой тематике становится все больше. При этом как историки медицины, так и клиницисты продолжают, как правило, говорить и писать о клинических школах без учета необходимости соблюдения определенных методологических требований, смешивая понятия научного коллектива и школы, не различая учеников, сотрудников и единомышленников-последователей, не сопоставляя достижения школы с тенденциями развития клинической медицины на том же историческом этапе. В результате мы нередко лишаемся возможности вести обсуждение проблемы на одном общем для нас научном языке. Ведь если автор не оговаривает, хотя бы вкратце, свое понимание понятия «научная клиническая школа» и те критерии, которыми он пользовался, выделяя данную школу, характеризуя учителя, отбирая учеников и оценивая личный научный вклад каждого из них, как и роль школы в целом, то такая публикация не может стать предметом научного обсуждения.

Подчеркнем главное: в вопросе изучения клинических школ статистика (опубликовано столько-то статей, защищено столько-то диссертаций и т.п.) не играет решающей роли. Научную клиническую школу отличает не количество сотрудников и их работ, а оригинальное направление исследований, заданное руководителем школы и творчески развиваемое его учениками. Поясним сказанное характерными примерами.

В крупнейшей отечественной терапевтической школе С.П. Боткина в начале XX в. очевидными лидерами были В.Н. Сиротинин и М.В. Яновский. Оба были выдающимися врачами, талантливыми учеными и педагогами, руководили крупными врачебными коллективами. Научная продуктивность их клиник была высокой. Так, только в течение 1910/11 учебного года в клинике

В.Н. Сиротинина было выполнено больше 30 диссертационных работ. [1] При этом не В.Н. Сиротинин, а М.В. Яновский создал выдающуюся клиническую школу, разрабатывавшую вопросы периферического кровообращения, физиологии и патологии красной крови и пищеварения; именно школа М.В. Яновского в Петербурге, наряду со школой В.П. Образцова в Киеве, сыграла наибольшую роль в становлении кардиологии в СССР. [2, 3]

То же – в хирургии. Под руководством безусловно выдающегося советского хирурга А.А. Вишневецкого (ст.), внесшего крупный вклад в развитие многих областей хирургии и в течение более 25 лет (1948–1975) возглавлявшего Институт хирургии АМН СССР, работали десятки врачей и научных сотрудников, защитивших 45 докторских и 130 кандидатских диссертаций. [4] Но из них можно выделить всего лишь несколько фамилий ученых, ставших крупными специалистами в своих направлениях хирургии: А.А. Вишневецкий (мл.; торакальная хирургия), Н.К. Галанкин (кардиохирургия), Т.М. Дарбинян (анестезиология и реаниматология), Н.И. Краковский (сосудистая хирургия), П.Н. Мазаев (рентгенология), М.И. Шрайбер (комбустиология). Более того, на некоторых из них «школа А.А. Вишневецкого» завершилась, а своих научных клинических школ они не создали.

Таким образом, мы полагаем, что не цифры, а, прежде всего, содержательный анализ направления научной деятельности данного коллектива и достигнутых результатов должен лежать в основе суждения историка медицины о наличии (либо об отсутствии) оригинальной научной клинической школы.

Характеризуя основателя школы, Учителя, мы не можем ограничиваться оценкой его научной, врачебной и педагогической деятельности. Понятно, что это, как правило, крупный клиницист, автор оригинальных и значимых трудов, создатель диагностических или лечебных методик, либо способов оперативных вмешательств. Однако необходимо также проанализировать, были ли у него целеустремленная активная позиция и сознательные усилия в направлении формирования собственной школы. Так, терапевты, академики АМН СССР М.С. Вовси, И.А. Кассирский, А.Л. Мясников и Е.М. Тареев были современниками, во второй половине XX в. входили в группу лидеров клиники внутренних болезней; при этом И.А. Кассирский, А.Л. Мясников и Е.М. Тареев видели одну из своих важнейших творческих задач в создании собственной научной школы и на протяжении десятилетий сознательно действовали в этом направлении, а вот М.С. Вовси, замечательный врач и педагог, видный исследователь, такой задачи себе никогда не ставил. В результате мы знаем школы И.А. Кассирского, А.Л. Мясникова и Е.Н. Тареева, но нет крупной клинической школы М.С. Вовси (на его кафедре работали профессора Б.Е. Вотчал, И.С. Шницер и А.З. Чернов, но ни один из них не считал себя его учеником).

Аналогичную ситуацию мы наблюдаем и в хирургии. Особенно нагляден пример великого русского хирурга Н.И. Пирогова. Его яркая пассионарность во многих областях хирургии и явное отсутствие учеников позволили в 1923 г. В.А. Оппелю заявить, что, хотя Н.И. Пирогов и не создал собственной школы, его школой является вся русская хирургия! [5] Понятно, что это, в известном смысле, «натяжка». Но Н.И. Пирогов, имея защищенных под его руководством докторов медицины (например, В.А. Караваева, П.Ю. Неммерта и др.) и занимаясь более, по его мнению, значимыми делами, и не стремился к созданию собственной школы. Поэтому, несмотря на попытки описать научную школу Н.И. Пирогова [6], мы все же считаем этот вопрос открытым.

Для крупной научной школы характерно наличие как теории (учения, концепции, метода), являющейся стержнем ее формирования, так и научно обоснованной программы исследований, определяющей ее научное направление. Так, Г.А. Захарьин разработал метод подробного расспроса больного, и применение захарьинского анамнестического метода стало отличительной чертой его школы. В следующем поколении терапевтов В.П. Образцов предложил метод глубокой скользящей пальпации органов брюшной полости, и его школа отличалась совершенством владения этим методом и дальнейшей углубленной его разработкой. Учение о нервной трофике в хирургии стало отличительной чертой научно-практической школы А.В. Вишневского в 1930-е гг. В последующем из этого направления выделилось учение о неспецифической терапии воспалительных заболеваний новокаиновыми блокадами и масляно-бальзамической эмульсией (1940–1950-е гг.). Параллельно этим учениям существовал оригинальный метод местной анестезии по А.В. Вишневскому, игравший огромную роль в развитии отечественной хирургии вплоть до 70-х гг. прошлого века. [7]

В тех случаях, когда такая теория или направление имеется, но нет объединяющей фигуры основателя школы, Учителя (мы же говорим о клинической школе Обуховской больницы в Петербурге или о психиатрической школе московской Преображенской больницы), как нам представляется, корректнее пользоваться понятием «научное направление», а не понятием «школа» в строгом научном смысле. Точно так же лучше говорить о творческом коллективе, не пользуясь понятием «школа», в тех случаях, когда имеются и единое направление исследований, и руководитель, но нет других необходимых и достаточных признаков сформировавшейся школы. Примером может служить деятельность Института терапии АМН СССР под руководством его первого его директора (с 1945 г.) академика В.Ф. Зеленина. Гипертоническая болезнь сразу же была выбрана главным направлением исследований, но соответствующая научная школа формировалась уже при новом директоре, академике А.Л. Мясникове в период с 1948 по 1965 гг.,

а В.Ф. Зеленин создавал свою кардиологическую школу на кафедре госпитальной терапии 2-го ММИ. [8]

Аналогичный пример дает история Института грудной хирургии АМН СССР. Его основатель, академик А.Н. Бакулев, руководил коллективом всего два года – с 1956 по 1958 гг. И хотя хирургия сердца сразу же была поставлена во главу угла деятельности нового института, в течение пяти последующих лет она, наряду с хирургией легких и пищевода, не была определяющей. Только в 1961 г. институт сменил название на «Институт сердечно-сосудистой хирургии АМН СССР» и стал работать только по одной проблеме, формируя свою школу. Да, А.Н. Бакулев заложил основы отечественной хирургии сердца и сосудов, но учеников в этом направлении оставил немного. Гораздо большие школы сердечно-сосудистых хирургов удалось создать его преемникам – Е.Н. Мешалкину (ангиокардиография, хирургия сердца под гипотермией), С.А. Колесникову (хирургия приобретенных пороков сердца), В.И. Бураковскому (хирургия пороков сердца у детей), Ю.Ю. Бредикису (лечение аритмий) и др.

Очень существенно договориться о том, что мы понимаем под близкими терминами – представитель школы, ученик, сотрудник, последователь. Один из крупнейших кардиохирургов конца XX в. академик В.И. Бураковский был учеником известного грузинского хирурга, профессора Д.Г. Иоселиани из Тбилисского ГИДУВа, выполнил кандидатскую диссертацию в Военно-медицинской академии под руководством академика П.А. Куприянова, а затем работал под руководством А.А. Вишневского в Институте хирургии им. А.В. Вишневского АМН СССР. Поэтому в Институте сердечно-сосудистой хирургии АМН СССР он пришел уже зрелым хирургом-исследователем и под руководством С.А. Колесникова⁵² стал доктором наук, профессором и вырос в крупного организатора науки, создателя Научного центра сердечно-сосудистой хирургии РАМН. Конечно, В.И. Бураковский относится к наиболее ярким представителям этого нового, «бакулевского» направления хирургии в СССР – хирургии сердца, но нет оснований относить его к ученикам А.Н. Бакулева. Другой пример. Лидер советской урологии академик Н.А. Лопаткин был, безусловно, учеником А.Н. Бакулева, но его никак нельзя назвать представителем бакулевской школы сердечно-сосудистых хирургов.

Целесообразно различать учеников, составляющих школу, с одной стороны, и сотрудников и последователей основателя школы, с другой. Так, крупный московский кардиолог профессор Я.Г. Этингер в 1920-е гг. работал доцентом пропедевтической терапевтической клиники 1-го МГУ под руководством Е.Е. Фромгольда, выполнив на этой кафедре свое приоритетное

⁵² Академик А.Н. Бакулев в эти годы был научным руководителем института и вел одну научную тему – лечение аритмий сердца.

исследование по электрокардиографической диагностике острого коронарного тромбоза (1929). Однако, напомним, что на кафедру к Е.Е. Фромгольду Я.Г. Этингер пришел в 1924 г. уже подготовленным врачом и исследователем. Кроме того, глава клиники и ее сотрудник не ладили друг с другом (по причине явного несходства характеров или ввиду разных подходов к научному творчеству, мы не знаем) и при первой возможности расстались. Конечно, Я.Г. Этингера нельзя назвать ни представителем школы, ни учеником Е.Е. Фромгольда; он – именно сотрудник Е.Е. Фромгольда.

Крупнейшего отечественного терапевта начала XX в. В.П. Образцова называют учеником С.П. Боткина. На каком основании? Студентом Медико-хирургической академии он, конечно, слушал лекции великого клинициста, и они произвели на него неизгладимое впечатление. Но он решил стать хирургом. Почему тогда не считать его учеником Н.В. Склифосовского? А в действительности после хирургии он поработал (с блеском!) экспериментатором-патологом и только после этого по чисто материальным соображениям стал терапевтом – какая уж тут школа С.П. Боткина! Учеником и представителем этой школы был другой профессор киевского Университета св. Владимира В.Т. Покровский: окончив Медико-хирургическую академию, он формировался как врач, педагог и ученый под руководством С.П. Боткина. А В.П. Образцов был выдающимся последователем С.П. Боткина, полностью разделявшим и его взгляды на медицину как одну из естественных наук, и его клинично-экспериментальный подход к проблемам патологии [9].

Изучив научные контакты и взаимоотношения двух пионеров пересадки сердца: в эксперименте – В.П. Демихова, в клинике – Ч. Барнарда, мы никак не можем назвать их учителем и учеником, что чрезвычайно распространено в отечественной как паранаучной, так и научной литературе. Дело в том, что не только никогда не учился у В.П. Демихова чему бы то ни было и тем более – не оперировал с ним, но даже не видел ни одной его операции. Но, взяв у В.П. Демихова одну экспериментальную модель (пересадка головы одной собаки на сосуды шеи другой) и развив концепцию другой (подсадка дополнительного сердца в грудную клетку в помощь собственному), Ч. Барнард, безусловно, является ярким последователем российского хирурга.

Рассматривая дальнейшее развитие научной школы, ее судьбу, мы не должны сглаживать противоречия, возникающие в научном коллективе. Если ученик разошелся во взглядах с учителем по какой-то проблеме и начал собственное направление исследований, то это – признак не крушения школы, а ее высокой жизнеспособности. Особенно ценное свидетельство продолжающейся жизни школы – возникновение «дочерних» школ. Вопрос об образовании учеником «дочерней» школы встает тогда, когда ученик, либо оставаясь сотрудником учителя, либо работая самостоятельно, не только продолжает творчески развивать и уточнять идеи учителя, но и, отталкиваясь от идеи учителя,

создает принципиально новое направление. Это явление можно показать на примере все тех же школ С.П. Боткина и А.Н. Бакулева, разработка материалов которых взята авторами за основу данной статьи.

Так, ученик С.П. Боткина профессор ВМА М.В. Яновский и его многочисленные ученики и сотрудники проводили многолетние исследования по трем основным научным направлениям: проблеме периферического кровообращения и разработке инструментальных методов изучения гемодинамики; проблеме гемолиза; физиологии и патологии пищеварения. Эти работы, творчески развивая боткинские идеи и взгляды, привели к совершенно самостоятельным научным итогам: созданию теории периферического сердца (М.В. Яновский, Д.О. Крылов, Н.А. Куршаков и др.), возникновению функциональной гематологии (Г.Ф. Ланг и др.), клинично-экспериментальному изучению пищеварения, отмеченному высокой оценкой, которую дал И.П. Павлов (исследования Г.Я. Гуревича и др.). Конечно, в данном случае речь идет о самостоятельной «дочерней» школе ученика С.П. Боткина М.В. Яновского. В свою очередь, наиболее крупный представитель этой школы Г.Ф. Ланг публично выступил против созданной учителем теории периферического сердца, но продолжал со своими учениками и сотрудниками разработку вопросов периферической гемодинамики и выдвинул нейрогенную концепцию гипертонической болезни. Совершенно очевидно, что и здесь перед нами – новая, «дочерняя», школа по отношению к школе М.В. Яновского.

Другой ученик С.П. Боткина профессор ВМА В.Н. Сиротинин, которого считали самым талантливым боткинским учеником, председатель I съезда Российских терапевтов (1909), широко известный трудами по болезням сердца, тоже имел многих учеников; среди них – видный ленинградский терапевт академик АМН М.В. Черноуцкий. Но трудно указать, что принципиально нового внесли В.Н. Сиротинин и его ученики в развивавшееся С.П. Боткиным направление изучения физиологии и патологии кровообращения, ибо М.В. Черноуцкий в своих исследованиях по проблемам ревматизма и роли конституции исходил скорее из постулатов диалектического материализма и павловского учения, чем из научно-клинических установок учителя. Вопрос о том, состоялась ли школа В.Н. Сиротинина, остается открытым и требует специального исследования, поскольку нет свидетельств последовательной целеустремленной разработки учениками каких-либо начатых учителем оригинальных научных направлений.

Наиболее выдающиеся представители школы А.Н. Бакулева – Е.Н. Мешалкин и В.С. Савельев, возглавив соответственно НИИ экспериментальной биологии и медицины МЗ РСФСР (Новосибирск) и кафедру факультетской хирургии лечебного факультета 2-го МГМИ (Москва), создали свои крупные и оригинальные школы. Сибирскую школу сердечно-сосудистых хирургов, основанную Е.Н. Мешалкиным, характеризуют фундаментальные

исследования механизмов гипотермической защиты миокарда, проведение операций на «сухом» сердце под гипотермией различной глубины, исследования компенсаторных возможностей кровообращения при различных пороках сердца, чего не было у А.Н. Бакулева. В.С. Савельев сформировал клиническую школу на своем, отличном от бакулевского, направлении, которое получило название «хирургическая флебология». Начав работать под руководством А.Н. Бакулева над проблемами сосудистой хирургии, в конце XX в. академик А.В. Покровский создал крупнейшую в России «дочернюю» школу хирургов не только в области хирургии сосудов, но и в области «хирургической ангиологии». Самый яркий представитель школы В.И. Бураковского в области сердечно-сосудистой хирургии академик Л.А. Бокерия основал и возглавил свою школу хирургической аритмологии, чем не занимался В.И. Бураковский. Многие выдающиеся хирурги, такие как А.Н. Бакулев, А.А. Вишневский, В.И. Бураковский и др., имели целый ряд талантливых, сильных сотрудников-хирургов, которым не удалось выйти за рамки разработывавшегося учителем направления и создать свое, оригинальное учение, поэтому они не создали крупных клинических школ.

Мы отдаем себе отчет в том, что наши рассуждения и выводы могут показаться спорными и слабо доказанными. Тем не менее, мы считаем, что разговор о школах в медицине еще далеко не завершен. Поэтому каждое новое мнение по этому вопросу ценно и будет воспринято нами как руководство к дальнейшему анализу проблемы.

Литература

1. Бейер В.А., Молчанов Н.С., Мищенко А.С. Краткий очерк деятельности кафедры госпитальной терапии Военно-медицинской ордена Ленина академии им. С.М. Кирова. Л., 1966: 40.
2. Куришаков Н.А., Прессман Л.П. М.В. Яновский. К столетию со дня рождения. М., 1954.
3. Бородулин В.И. М.В. Яновский и его школа // Очерки истории отечественной кардиологии. М., 1988: 88–111.
4. Околов В.Л., Восканян Э.А. Крупнейшие хирурги России: Энциклопедический справочник. Петигорск, 1997: 42.
5. Опель В.А. Очерки истории русской хирургии. Вологда, 1923.
6. Мирский М.Б. Хирургия от древности до современности. М., Наука, 2000: 444–525.
7. Федоров В.Д., Глянцев С.П., Савченко Т.В. Вклад академика АМН СССР А.В. Вишневского (1874–1948) и его школы в отечественную хирургию // Анналы хирургии. 2003; 5/6: 16–21.
8. Бородулин В.И., Зеленин А.В. Владимир Филиппович Зеленин: время и судьба. М., 2012.
9. Губергриц А.Я. В.П. Образцов и его школа. М., 1990.

НЕКОТОРЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ НАУЧНЫХ ШКОЛ В ПЕДИАТРИИ (НА ПРИМЕРЕ ПЕТЕРБУРГА – ЛЕНИНГРАДА)⁵³

Микиртичан Г.Л.

Государственная педиатрическая медицинская академия
(Санкт-Петербург, Россия)

Санкт-Петербургу по праву принадлежит особая роль в становлении и развитии отечественной педиатрии: здесь была открыта первая в России детская больница (1834), в Медико-хирургической академии (с 1881 г. – Военно-медицинская академия) началось преподавание детских болезней С.Ф. Хотовицким (1836) и организована первая кафедра педиатрии Н.И. Быстровым (1866), создано научное общество детских врачей (1885) и состоялся I Всероссийский съезд детских врачей (1912), организован единственный в стране Ленинградский педиатрический медицинский институт (1935; ныне Санкт-Петербургская педиатрическая медицинская академия). Здесь зарождался научный фундамент педиатрии, формировались научные направления, создавались многие формы и методы организации помощи детям. С Петербургом связана деятельность ряда научных школ, внесших существенный вклад в поступательное развитие педиатрии в нашей стране.

«Научная школа» хотя и является часто используемым термином, но имеет множество толкований содержания этого понятия, смысл которых можно выявить лишь из упоминаемого контекста. Кроме того, в науке немало упоминаний о конкретных научных коллективах, которые называются педиатрическими научными школами, но таковыми не являются. Теоретические представления о научной школе наиболее обстоятельно сформулированы в науковедении. Дополненные логикой развития научных идей в педиатрии в сочетании с возможностями историографии, они позволяют идентифицировать педиатрические коллективы как научные школы, выявить инвариантные признаки школ, дать их системные характеристики, определить их структуру, содержание деятельности, оценить вклад в развитие науки, понять отличия от других форм организации научной деятельности ученых.

Наиболее общим, но в то же время вполне приемлемым для изучения научных школ в педиатрии является определение советского философа и историка науки Б.М. Кедрова (1903–1985): «Научные школы – это те основные ячейки науки, в которых формируются ее новые силы, и осуществляется постоянное взаимодействие между старыми и молодыми кадрами ученых, между учителями и их учениками, между основателями новых научных направлений и их преемниками».

⁵³ Опубликовано: Российский педиатрический журнал. 2009; 5: 56–61 (дополнено и переработано).

Очевидно, что на формирование научных школ оказывает влияние ряд факторов, среди которых: высокий уровень развития науки, форма организации научной деятельности, возможности коммуникации, наличие у лидера школы качеств, необходимых для научной деятельности, и качеств человека, способного сплотить вокруг себя творческий коллектив.

Первые научные школы в педиатрии стали формироваться в последней четверти XIX – начале XX вв., когда уровень развития теоретической и клинической медицины был достаточно высок, а педиатрия выделялась в самостоятельную науку, и происходила ее институализация: в высших учебных заведениях организовывались клиники и кафедры детских болезней как необходимая форма функционирования научной школы, издавалась периодическая литература по педиатрии, детские врачи собирались на заседания научных обществ и общественных комиссий, участвовали в работе международных и всероссийских съездов. Все это способствовало определению актуальных научных и организационных проблем, стоящих перед педиатрами, создавало условия для научного, творческого общения. Таким образом, формировалось научное сообщество детских врачей – сложноорганизованная система, внутри которой выделяются научные школы как особый феномен организации исследовательской и образовательной деятельности, как структурная единица институализации педиатрии.

Огромное влияние на педиатрию оказывали успехи естественных и биологических наук, теоретической и экспериментальной медицины, достижения научно-технического прогресса. Это позволило ей перейти на качественно новую ступень развития, дало возможность усовершенствовать методики для более глубокого и тонкого исследования всего круга научных проблем педиатрии, технологически вооружило ее.

XX в. для педиатрии стал периодом ее развития, интеграции и дифференциации в их взаимной связи и тенденции к гармонии. Определяются основные направления педиатрии: анатомо-физиологическое, клиническое, социально-профилактическое. Внутри педиатрии как самостоятельные дисциплины выделяются детская хирургия, невропатология, психиатрия, офтальмология, неонатология, перинатология и многие другие. В рамках этих направлений и дисциплин формируются научные школы.

В советский период, особенно в первые десятилетия, формированию научных коллективов и новых школ во главе с крупными педиатрами способствовало внимание государства к педиатрии и охране материнства и детства: создание единого государственного органа управления системой охраны материнства и детства; выход декретов, направленных на охрану матери и ребенка; расширение сети детских учреждений; создание специальных научно-исследовательских институтов и педиатрических факуль-

тетов; количественный рост педиатрических кадров; официальное признание приоритета профилактического направления в педиатрии.

Для функционирования научной школы должна существовать какая-либо форма организации (лаборатория, кафедра, институт и т.д.), обеспечивающая необходимую коммуникацию между членами одной научной школы. Большинство петербургских школ в педиатрии возникли на базе кафедр в вузах. Исключение составляет школа К.А. Раухфуса (1835–1915), сформировавшаяся на базе крупной детской больницы – Больницы принца П.Г. Ольденбургского.

Первые педиатрические научные школы создавались в Военно-медицинской академии (ВМА) – одном из крупнейших центров медицинской науки и медицинского образования в стране, ставшего средоточием выдающихся ученых, создавших первые в России кафедры и клиники, научно-исследовательские лаборатории. Первой такой школой была школа первого отечественного профессора-педиатра, организатора первого в нашей стране петербургского общества детских врачей, талантливого клинициста Н.И. Быстрова (1841–1906), возникшая в 80–90-е гг. XIX в. на кафедре детских болезней Военно-медицинской академии. В начале XX в. здесь сформировалась школа Н.П. Гундобина (1860–1908), создавшего научный фундамент педиатрии и способствовавшего переходу педиатрии на качественно новый этап развития.

В советский период для формирования и расширения сферы деятельности научных школ в педиатрии большое значение имел рост числа педиатрических кафедр в медицинских вузах и создание специального Института охраны материнства и младенчества (1925) в Ленинграде (с 1935 г. – Ленинградский педиатрический медицинский институт – ЛПМИ, ныне Санкт-Петербургская педиатрическая медицинская академия). В ЛПМИ, этом уникальном научно-педагогическом учреждении, были созданы необходимые для всестороннего изучения ребенка лаборатории, клиники, кафедры. Институт стал благоприятной научно-исследовательской базой для формирования крупнейших научных школ в педиатрии – школ М.С. Маслова (1885–1961), А.Ф. Тура (1894–1974), А.Б. Воловика (1892–1980), М.Г. Данилевича (1882–1956), П.С. Медовикова (1873–1941), Г.А. Баирова (1922–1999), Е.Ф. Давиденковой (1902–1996) и др. Именно в ЛПМИ стало возможным выполнение всех основных целей и задач, определяющих деятельность этих школ: обучение экспериментальному творчеству и клиническому мышлению, подготовка самостоятельных, инициативных ученых, пополнение специалистами научного потенциала страны. Нельзя назвать ни одного сколько-нибудь перспективного направления или значимой проблемы педиатрии, которая не была бы исследована сотрудниками Института, начиная с первых лет его существования. В результате большой на-

учной, методической и организационной работы, проведенной педиатрами Ленинграда в довоенный период, была создана основа для решения многих задач по спасению жизни детей во время Великой Отечественной войны и блокады Ленинграда.

Важным фактором активного развития любой науки, в том числе и педиатрии, является организованная сеть информационных коммуникаций между учеными, включающая в себя, в первую очередь, периодические научные издания по педиатрии – журналы и сборники, а также регулярные научные форумы – съезды, конференции, тематические семинары и рабочие совещания как внутри страны, так и международные. Именно эти формы информационных контактов являются наиболее эффективными для консолидации, сохранения и развития научных традиций. В XX в., особенно с конца 20-х до 50-х гг., в силу известных идеологических и политических причин были резко сокращены контакты с представителями зарубежной педиатрии, столь характерные для дореволюционного периода развития медицины в России; большие трудности возникали с получением монографий по педиатрии и периодических изданий из-за рубежа.

Каковы же характерные признаки, которые могут служить качественными и количественными критериями для отнесения научного коллектива к рангу научной школы? Главный системообразующий фактор научной школы – это научный лидер исследовательского коллектива, его руководитель, крупный ученый и целостная личность, завоевавший авторитет и общественное признание в педиатрии. Вторым системообразующим фактором и стержневым элементом формирования научной школы является оригинальная и перспективная социально и научно значимая исследовательская программа, разрабатываемая научным лидером. Следуя концепции известного исследователя процесса развития науки И. Лакатоса (1922–1974), разработавшего методологию научно-исследовательских программ, любую науку можно представить как конкуренцию, смену научно-исследовательских программ.

Исследовательская программа – это форма развития научного познания, совокупность методов и средств получения новых знаний, еще неизвестных науке фактов (на прогрессивной стадии своего развития) или уточнение, проверка уже известных фактов (на регрессивной стадии). Она должна отвечать проблемной ситуации, задаваемой логикой развития педиатрической науки и практики, обладать новизной, оригинальностью фундаментальной идеи, уникальностью, единством методологической базы, продуктивностью. Пока программа работает, она продолжает совершенствоваться, успехи конкретных методов свидетельствуют об истинности начальных теоретических соображений. Поэтому она играет решающую роль не только для формирования школы, но и продолжительности ее существования.

Кроме продуцирования научной исследовательской программы, лидер научной школы должен обладать целым рядом качеств. Известно, что не каждый, даже выдающийся, ученый может создать научную школу. Это объясняется некоторыми личными качествами, например, замкнутостью или «углублением в самого себя», а также стремлением решать проблему только своими силами. Притягательная сила научного лидера объясняется сочетанием выдающихся научно-педагогических способностей с функциями организатора талантливых инициативных единомышленников и высокими личными нравственными качествами: одаренностью, высокими личными научными результатами, любовью к науке и преданностью ей, лекторским и педагогическим мастерством, целеустремленностью, научной принципиальностью, разносторонностью знаний и интересов, высокой культурой, моральным авторитетом, интересом к людям, доброжелательностью, личным обаянием.

Вокруг такого ученого объединяется группа соратников и учеников, образующих научную школу, осуществляется коммуникация между ее членами, которые вместе выполняют определенную исследовательскую программу, разработанную и предложенную этим ученым, разделяя его идеи и методологию исследования, общие теоретические принципы и основные клинико-научные положения.

Важной функцией научной школы является забота о научной смене. Огромное значение для приобщения молодых исследователей к науке имеет такое качество руководителя, как умение отбирать и привлекать творческих людей, одаренную молодежь, учить их искусству исследования и создавать условия, при которых их талант мог бы быстро и максимально раскрыться, поощрять самостоятельность мышления и инициативу, развивать способность решать самостоятельно фундаментальные проблемы, а не повторять то, что уже в основном сделал их учитель. Воспитание единомышленников из числа начинающих исследователей (студентов, аспирантов) – процесс долгий, кропотливый и психологически наиболее трудный. История свидетельствует, что ученые именно с такими качествами становились воспитателями больших групп учеников. Многие черты учителя наследуются его учениками. Частое общение – тесный контакт учеников с лидером сказывается не только в их манере исследования, в творческом процессе, но и порой в чисто человеческих проявлениях. Наличие большой группы учеников, квалифицированных исследователей еще один важный фактор формирования школы и продолжительности ее существования.

В рамках каждой научной школы складывается характерный только для данной школы метод и стиль исследований и мышления, подход к пониманию явлений, научная идеология, которые определяют то, что принято называть «духом школы». Выработка их способствует превращению коллек-

тива исследователей в коллектив единомышленников, тесное содружество, своего рода научное и идейное братство. В то же время, эти особые черты отличают одну школу от другой.

Также для каждой научной школы характерны свой стиль межличностных отношений, определенная творческая атмосфера, обстановка непрерывного научного общения и дружеских дискуссий, демократичности и научной принципиальности, взаимного уважения и требовательности, преданности науке, научного энтузиазма, стремление к поддержанию благоприятного климата и деловой, доброжелательной обстановки в коллективе. Это во многом зависит от главы школы – организатора коллективного исследовательского процесса, тонкого психолога, уважающего достоинство каждого члена коллектива, знающего его деловые способности, умеющего справедливо распределить исследовательскую, клиническую, педагогическую и организационную работу между сотрудниками.

Передача от одного поколения исследователей к другому не только определенного запаса знаний и идей, но и единства подходов и методов решения проблемы, иными словами, искусства исследования и постижения истины, стиля мышления, стиля работы укладывается в понятие преемственности как традиции. В настоящих научных школах эта традиция легко прослеживается. В XX в. совершился процесс превращения научных школ, сложившихся или зародившихся еще в дореволюционной России, в новые школы, которые и определили важнейшие перспективы развития педиатрии. Так, для всех ведущих петербургских школ инвариантной проблемой являлось изучение возрастных особенностей ребенка. Эта традиция сложилась в Военно-медицинской академии (ВМА) и связана с именами С.Ф. Хотовицкого, Н.И. Быстрова, Н.П. Гундобина, М.С. Маслова и др.

Важной характеристикой деятельности ученых, принадлежащих к определенной школе, является признание их научных достижений и значимость научных результатов. Школа может быть признана ведущей, если ученые этой школы имеют национальный и/или мировой уровень признания, обладают устойчивой научной репутацией и традициями. Показателями признания могут служить почетные звания и премии регионального, государственного, международного значения, присуждаемые ученым научной школы; избрание ученых в государственные (АМН СССР – РАН) и общественные научные сообщества; избрание ученых в редколлегии научных журналов, органы управления наукой и т.д.

Кроме того, результаты деятельности научной школы определяются наличием аспирантуры и докторантуры по профилю школы; воспитанием в коллективе школы нескольких докторов наук по научному профилю школы; наличием монографий или учебников, ставших настольными для педиатров страны; высокий индекс цитирования научных публикаций представителей

школы; получение коллективом школы международных или российских грантов на проведение научных исследований и др. Имеют значение и количественные характеристики (число подготовленных докторов наук, число научных трудов и т.д.).

Немаловажный признак научной школы это то, что она проверяется временем. Продолжительность ее существования определяется от момента присоединения группы ученых к выдвинутой лидером первоначальной исследовательской программе (рождение научной школы) до момента прекращения совместных локальных исследований вследствие реализации программы. Прекращение существования школы может быть обусловлено не только исчерпанием или дезактуализацией ее исследовательской программы, признанием ее непродуктивности, но и отсутствием организаторских способностей у главы школы, когда происходит распад ее коллектива, смертью ее главы и отсутствием достойного преемника. Последнее обстоятельство характерно для распавшихся научных коллективов Д.А. Соколова и К.А. Раухфуса.

Для жизнеспособной научной школы характерно то, что, обеспечивая расширенное воспроизводство последующих поколений исследователей, отдельные ее воспитанники сами становятся научными лидерами, руководителями «дочерних» школ или групп ученых, новых направлений. Именно «дети», «внуки», «правнуки» определяют длительность активной жизни школы. Минимальный цикл, позволяющий фиксировать существование школы – это три поколения исследователей: основатель, последователь-преемник, ученики преемника. Ряд ученых считает, что, когда у достойного преемника появляются ученики, целесообразно говорить о формировании нового научного коллектива в рамках одного научного направления. К таким коллективам можно отнести школу М.С. Маслова, воспитавшего А.Ф. Тура, который стал основателем своей школы.

Научной школой следует считать только тот коллектив, который удовлетворяет всем перечисленным признакам, являющихся своеобразным «проходным баллом» научного коллектива в ранг школы.

Типы научных школ в педиатрии могут быть выделены на основе общей классификации научных школ, разработанной психологом и специалистом в области науковедения М.Г. Ярошевским (1915–2001) и очень близкой к ней классификации типов научных школ в медицине, предложенной историком медицины М.М. Левитом.

Первый тип – научно-образовательная школа, в основном готовящая научные и педагогические кадры. Как правило, школы такого типа возникают в период становления научной дисциплины. Часто эта школа не имеет единого научного направления, а главное ее значение состоит в передаче эстафеты знаний, подготовке плеяды ученых, способных в дальнейшем развивать данную научную дисциплину. К этому типу школ относится школа

Н.И. Быстрова, возникшая в 80–90-е гг. XIX в. на кафедре детских болезней Военно-медицинской академии. У своих учеников и сотрудников он пробуждал стремление к научному поиску и обобщению клинических наблюдений, учил тщательному обследованию больного ребенка, индивидуальному подходу к лечению. И они, следуя этим призывам, внесли много нового в изучение детского организма. Так, В.Ф. Якубовичем, впоследствии основателем кафедры педиатрии в Новороссийском университете (Одесса), впервые в мировой практике было не только установлено количество желчи у детей разных возрастов, но и подробно изучен ее состав; И.П. Коровиным путем применения оригинальной методики была изучена секреторная деятельность слюнных желез с первых дней жизни ребенка; В.Е. Черновым, позже основателем кафедры педиатрии в Киевском университете св. Владимира, проведено исследование о всасывании жира и белковом балансе у здоровых и больных детей; В.П. Жуковского, с 1908 по 1917 гг. – экстраординарного профессора по детским болезням в Дерптском (ныне Тартуском) университете – вместе с К.А. Раухфусом можно назвать пионером в разработке такого раздела детской патологии как врожденные пороки сердца у детей, а также основоположником неонатологии. Среди крупнейших представителей этой школы – А.А.Кисель, создавший свою оригинальную школу в педиатрии профилактического направления.

Второй тип – школа как исследовательский коллектив, разрабатывающий конкретную исследовательскую программу, создающий новое направление в науке. К этому типу можно отнести школу А.Ф.Тура, сформировавшуюся в ЛПМИ. Действительный член АМН СССР, заслуженный деятель науки РСФСР, профессор А.Ф.Тур (1894–1974) продолжил изучение клинико-функциональных и клинико-биохимических особенностей детского организма, начатое его учителем М.С. Масловым. Под руководством А.Ф. Тура изучались особенности физического развития здоровых детей разного возраста, особенности психомоторного развития ребенка, влияние гимнастических упражнений на его развитие. Большой вклад был внесен в разработку научных основ питания детей, в частности были определены потребности в пищевых ингредиентах у детей раннего возраста, созданы различные схемы вскармливания здоровых и больных детей. С именем А.Ф. Тура связано становление гематологии и эндокринологии детского возраста в нашей стране. Его по праву можно считать одним из основоположников нового направления в отечественной педиатрии – неонатологии. А. Ф. Туром и его учениками были изучены анатомо-физиологические особенности новорожденных, объяснены механизмы физиологических, пограничных и явно патологических состояний. В 1970 г. за цикл работ по физиологии и патологии детей раннего возраста, способствующих резкому снижению заболеваемости и детской смертности, А.Ф. Тур совместно с Г.Н. Сперанским и Ю.Ф. Домб-

ровской был удостоен звания лауреата Ленинской премии. Школа А.Ф. Тура завоевала большой авторитет среди педиатров и характеризовалась высокой профессиональной квалификацией сотрудников, новизной, оригинальностью исследовательской программы, актуальностью изучаемых проблем. Идеи А.Ф. Тура оказывали влияние не только при совместной работе с ним, но и во время его выступлений с программными докладами на съездах педиатров, через его статьи и руководства. По результатам социологического исследования, проведенного нами в середине 1980-х гг. в разных городах страны среди руководителей и сотрудников кафедр детских болезней и отделов НИИ педиатрического профиля, 18,2% ответивших считали себя учениками и последователями школ М.С. Маслова и А.Ф. Тура, а 33,3% ленинградских педиатров отнесли себя к школе А.Ф. Тура. Продолжили славные традиции, заложенные учителем, его ученики: И.М. Воронцов, А.В. Папаян, Л.М. Скороход, В.И. Калинин, Н.П. Шабалов, Л.В. Эрман и многие другие.

Кроме того, к этому типу можно отнести школы А.Б. Воловика и М.Г. Данилевича, также возникших на базе кафедр ЛПМИ в 40–50-е гг. XX в. Их исследовательские программы стали отражением процессов интеграции и дифференциации в педиатрии, характерных для послевоенных десятилетий.

Много сделала для развития детской кардиоревматологии школа профессора А.Б. Воловика (1892–1980). Он первым описал клиническую картину ревматического коронарита, первичного митрального стеноза и доброкачественного перикардита у детей. В 1960-е гг. возникает новое направление научных поисков – клинико-иммунологические исследования в ревматологии (Ж.Ж. Раппопорт, С.А. Гаврилов, В.В. Юрьев, Т.В. Парийская и др.). Глубокое изучение вопросов детской кардиоревматологии позволило организовать в Ленинграде впервые в стране стройную систему детской кардиоревматологической службы.

Заслуженным деятелем науки РСФСР, профессором М.Г. Данилевичем (1882–1956) создана оригинальная школа детских инфекционистов. Им организована в ЛПМИ первая в мире кафедра детских инфекционных болезней. Научные интересы сотрудников этой кафедры были сосредоточены на самых актуальных вопросах детской инфекционной патологии: кори, скарлатине, дифтерии, коклюше, кишечных инфекциях (Л.А. Колчанова, А.Т. Кузьмичева, Л.В. Быстрякова, Г.А. Тимофеева, В.Н.Тимченко и др.). М.Г. Данилевичем сформулировано оригинальное учение о перекрестной инфекции: в практику лечебно-профилактических учреждений был введен принцип дифференцированного распределения больных в зависимости от формы, сроков болезни, наличия осложнений и возраста больного. Эти мероприятия привели к резкому снижению заболеваемости и летальности детских инфекций. Совместные усилия педиатров, детских инфекционистов, микробиологов и эпидемиологов способствовали тому, что в труднейшие годы войны

и блокады Ленинграда не было эпидемии детских инфекционных болезней (А.Ф. Тур, А.Б. Воловик, В.Н. Офицеров и др.). В послевоенные годы Ленинград стал первым городом, где была ликвидирована дифтерия.

Третий, высший, тип школы – школа новаторов, открывающая и пролагающая новые пути развития науки, определяющая ее развитие на многие годы, предлагающая принципиально новые плодотворные методы исследования. К этому типу школ относятся школы Н.П. Гундобина, М.С. Маслова, Н.И. Красногорского. Благодаря деятельности этих школ педиатрия достигла значительных успехов, итоги их деятельности создали научный фундамент педиатрии.

Итоги деятельности школы Н.П. Гундобина (1860–1908), сформировавшейся на кафедре детских болезней ВМА, способствовали качественно новому этапу в развитии педиатрии. С его именем связано новое анатомо-физиологическое направление в педиатрии. Его исследовательская программа предусматривала изучение особенностей всех систем детского организма в различных возрастах применительно к целям клинического исследования. Программа была выполнена в предельно короткий период – менее 10 лет. В реализации этой программы принимали участие более 100 врачей. К представителям школы можно отнести крупных педиатров А.Н. Шкарина, П.С. Медовикова, А.Д. Зотова, А.О. Карницкого, М.Я. Брейтмана, Э.Э. Гартъе, Н.П. Шеповальникова и др. Идеи Н.П. Гундобина легли в основу одной из ведущих школ в советской педиатрии – школы М.С. Маслова.

Школой действительного члена АМН СССР, заслуженного деятеля науки РСФСР, генерал-майора медицинской службы М.С. Маслова (1885–1961) в советской педиатрии был утвержден функционально-биохимический подход в изучении особенностей организма ребенка в норме и при патологии, введены биохимические маркеры, определяющие здоровье и болезнь, создано понятие об индивидуальной реактивности ребенка, увязанное с конституцией, что позволило подойти к изучению индивидуального патогенеза и разработке индивидуальной патогенетической терапии.

Типичной чертой, присущей школе М.С. Маслова, является разработка методологического подхода к вопросам изучения патологии детского возраста, которая стала достоянием всех ученых-педиатров. Были глубоко изучены особенности детского возраста, главным образом функциональные и биохимические особенности органов и тканей; конституции и аномалии конституций (диатезы) в детском возрасте, реактивность детского организма; этиология, патогенез и индивидуальное патогенетическое лечение острых и хронических расстройств пищеварения и питания у детей, септические состояния у детей грудного возраста, гепатитов и гепатолиенальных заболеваний; нефропатий, пневмоний, сердечно-сосудистых заболеваний у детей. Внедрение новых методов лечения в практику детского здравоохранения

способствовало снижению летальности и детской смертности. Под руководством М.С. Маслова было подготовлено 10 докторских и 46 кандидатских диссертаций, пяти сотрудникам была присвоена ученая степень кандидата наук без защиты диссертации. Из числа сотрудников и учеников М.С. Маслова 21 стали профессорами и возглавили кафедры или были профессорами в различных городах страны: А.Ф. Тур, В.Ф. Знаменский, В.Л. Стырикович, Э.И. Фридман, Н.А. Шалков, В.С. Вайль, К.Ф. Ширяева, Н.Г. Зернов, А.И. Клиорин, М.Г. Чухловина и многие другие.

Действительный член АМН СССР, заслуженный деятель науки РСФСР, профессор, ученик К.А. Раухфуса и И.П. Павлова Н.И. Красногорский (1882–1961) приобрел всемирную славу благодаря совершенно оригинальным физиологическим и патофизиологическим исследованиям, способствовавшим высокому авторитету нашей страны в области медицины, физиологии, психологии. Стержнем его исследовательской программы было объективное изучение физиологии головного мозга ребенка. Придерживаясь методики и концепции И.П. Павлова, он разработал оригинальную секреторно-двигательную методику исследования высшей нервной деятельности детей. Экспериментально установил закономерности иррадиации и концентрации процесса внутреннего торможения, локализацию кожной и мышечной чувствительности в коре больших полушарий головного мозга; впервые использовал метод условных рефлексов для изучения функций мозга у здоровых и больных детей; исследовал взаимодействие сигнальных систем у детей, тормозные условные рефлексы, условно-рефлекторные связи «на время», а также комплексную деятельность коры больших полушарий головного мозга; обнаружил фазовые изменения в деятельности коры головного мозга у детей; выделил типы высшей нервной деятельности у детей и дал характеристики ее расстройств при ряде органических и функциональных нарушений и др. Не ограничиваясь пищевыми условными рефлексами, Н.И. Красногорский изучал условные рефлексы сердца. Под его руководством разрабатывались методики изучения инфракрасной радиации, звуков речи, закономерности развития речи у ребенка. Среди учеников Н.И. Красногорского: В.А. Леонов, А.Б. Воловик, Н.Р. Шастин, М.Г. Данилевич, А.И. Клиорин и др.

В истории науки встречается и смешанный тип школы, готовящей научные и педагогические кадры, имеющей определенные исследовательские программы, но не имеющей объединяющего научного направления. Среди петербургских педиатрических школ к этому типу можно отнести научные коллективы Д.А. Соколова (1861–1915) и К.А. Раухфуса (1835– 915).

Опыт изучения научных школ позволяет сформулировать ряд особенностей школ в педиатрии. Научная школа в определенной дисциплине имеет характерные только для нее особенности. Исследовательская программа каждой научной педиатрической школы включает в себя широкий круг изуча-

емых проблем. Это связано с тем, что предмет педиатрии – вся медицина, профилированная на детский возраст.

Все педиатрические школы соединяли образовательную и исследовательскую функции. Это требовало разработки новых программ преподавания педиатрии с установкой на подготовку исследователей, а не только клиницистов. В этом плане наглядным примером служит программа Н.И. Быстрова. Продолжая традиции преподавания курса педиатрии в ВМА, заложенные С.Ф. Хотовицким, Н.И. Быстров начинал изложение курса лекций с истории педиатрии и критического разбора трудов по детским болезням. Большое внимание в программе уделялось анатомо-физиологическим особенностям детей, гигиене и диететике детского возраста, клинике и лечению известных к тому времени заболеваний у детей. Новым было введение в программу преподавания такой темы как особенности фармакологии и терапии детского возраста и различные методы введения лекарств. Исследование этой проблемы в те годы еще только намечалось. Именно Н.И. Быстров, один из первых в России, начал разработку этой темы в своей диссертации, которой он дал вполне обоснованный подзаголовок: «Материал для фармакологии» Неслучайно стажировавшийся в 1882 г. в клинике Н.И. Быстрова И.В.Троицкий впоследствии стал автором наиболее солидных клинико-экспериментальных работ по изучению дозировок лекарственных веществ применительно к детскому возрасту. Также заслугой Н.И. Быстрова явилось и то, что он впервые в России знакомил студентов с вопросами организации детского здравоохранения и устройства лечебных учреждений: в его программе был раздел под названием «Смерть детей первого возраста в России и других странах. Критический разбор условий, увеличивающих и уменьшающих смертность детей, устройство воспитательных домов, детских больниц, приютов, школ». Довольно обширен пункт программы, посвященный организации ухода за детьми. В него вошли требования к детской комнате, ее расположению, температуре, освещению, отоплению, обстановке, подробное описание рациональной детской одежды, кроваток и люлек, изложение различных систем гимнастики и др. Несомненно, программа Н.И. Быстрова отличалась новизной, большей системностью построения, фундаментальностью, практической направленностью, широтой тематики, органичностью.

Важнейшим аспектом, играющем существенную роль в формировании, становлении и развитии педиатрических школ, является их общественно-медицинская деятельность. Понимание главой школы значимости широкого обсуждения в печати, на заседаниях обществ, на съездах и тем самым выявление противоречий, шлифовка идей, закалка учеников в полемике – чрезвычайно важный фактор. На примере представителей петербургских и ленинградских школ явно видно стремление к широкому ознакомлению педиатрической общественности с результатами научных исследований.

Каждая клиническая научная школа связана со здравоохранением. Но ни для одной научной школы в клинической дисциплине эта связь не была так характерна, как для педиатрии. Представляя собой одновременно науку и практику, педиатрия могла успешно развиваться только при решении вопросов организации и профилактики наряду с разработкой научных проблем, совершенствованием лечебно-диагностического процесса. Все педиатрические научные школы традиционно включали в свои исследования вопросы борьбы с детской смертностью, разработку новых организационных форм и методов работы лечебно-профилактических учреждений для детей, причем многие из них зародились в Петербурге и Ленинграде (создание первого детского хирургического, в 1869 г., и первого детского эндокринологического, в 1959 г., отделений; санитарно-просветительский патронаж, связь детских консультаций с родильными домами, система единого педиатра и др.), но в последующие годы получили распространение по всей стране. Так, например, в конце XIX – начале XX вв. многие петербургские педиатры глубоко изучали вопросы высокой детской смертности, высказывали мысль о необходимости участия государства в охране здоровья детей во взаимодействии с органами самоуправления, общественной и частной благотворительности (Н.П. Гундобин, Д.А. Соколов, П.С. Медовиков и др.). Н.П. Гундобин был одним из организаторов Союза для борьбы с детской смертностью (1904), общественной организации, участники которой вели просветительскую работу среди населения, организовывали различные учреждения для детей, оказывали материальную помощь бедным семьям.

Необходимо отметить и еще одну характерную черту педиатрических школ. Все они большое внимание уделяли выхаживанию детей, профилактике госпитализма, лечебно-охранительному режиму, включающему в себя соблюдение принципов медицинской этики в педиатрии. В связи с этим можно вспомнить слова М.С. Маслова: «Дети – это наш золотой фонд, и вполне понятно, что для страны очень важно иметь здоровое, крепкое, полноценное поколение... Детский врач – это не только работник, очень важный для государства. Это также друг каждой семьи. Кто может доставить большую радость семье, чем врач-педиатр, спасающий ребенка от смерти, оберегающий ребенка от заболеваний, создающий для ребенка условия наилучшего физического и психического развития?»

Таким образом, педиатрические научные школы выполняли все функции научной деятельности: производство знаний (исследование), их распространение (коммуникацию) и воспроизводство – как знаний, так и самого научного сообщества.

Все основатели петербургско-ленинградских школ обладали основными качествами, необходимыми для лидера (признанным авторитетом в науке,

творческим потенциалом, способностью разработать исследовательскую программу, организационными качествами, преданностью науке, значимостью полученных результатов, и др.). Помимо различий в научном направлении, способе решения научных проблем, в деятельности научных школ в педиатрии есть и объединяющие черты: тесная связь с практикой здравоохранения, комплексная разработка научных проблем педиатрии и активная общественная деятельность (издание журналов по педиатрии, создание общества детских врачей, созыв съездов и т.д.). Определенный стиль научной работы, своеобразная атмосфера научного сотрудничества и творческого подъема, сплоченность коллектива, созданного из людей, преданных идеям учителя, обеспечили высокие результаты деятельности этих школ, способствовали поступательному развитию педиатрии как научной дисциплины, качественному совершенствованию педиатрического образования и плодотворному решению организации помощи детям, получили признание педиатрической общественности.

Рамки статьи не дают возможности представить полную системную характеристику, подробно раскрыть многогранную деятельность петербургских научных педиатрических школ. Каждая из них заслуживает, по меньшей мере, отдельного очерка.

Литература:

1. *Вайль В.С.* Роль кафедры педиатрии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова в развитии проблемы реактивности детского организма // Труды Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. – Л., 1952. – С. 24-25.
2. *Вайль В.С.* Один из основоположников научной педиатрии Н.П. Гундобин. – Сталинабад, 1957. – 128 с.
3. *Вайль В.С.* Очерки по истории русской педиатрии второй половины XIX века. – Сталинабад, 1959. – 120 с.
4. *Гасилов В. Б.* Научная школа – феномен и исследовательская программа науковедения // Школы в науке. – М.: Наука, 1977. – С. 148.
5. *Маслов М.С.* К.А. Раухфус. – Л., 1960. – 119 с.
6. *Микиртичан Г.Л.* М.С. Маслов. – М.: «Медицина», 1990. – 176 с.
7. *Микиртичан Г.Л., Суворова Р.В.* История отечественной педиатрии: Лекции. – СПб: СПбГПМА, 1998. – 155 с.
8. *Огурцов А. П.* Научные школы как форма кооперации ученых // Школы в науке. М.: Наука, 1977. – С. 248-249.
9. Очерки развития науки во II МОЛГМИ им. Н.И.Пирогова: Научные школы / Под ред. проф. *Левита М.М.* – М., 1973. – 128 с.
10. *Тарасов О.Ф., Шабалов Н.П.* А.Ф. Тур (1894–1974). – М.: Медицина. 1980. – 127 с.
11. *Хайтун С.* Об историческом развитии понятия научной школы // Школы в науке. М.: Наука, 1977. – С. 277.
12. Школы в науке: Сборник статей. / Под ред. *Микулинского С.Р.* – М.: Наука, 1977. – 523 с.
13. *Ярошевский М. Г.* Логика развития науки и научная школа // Школы в науке. – М.: Наука, 1977. – С. 8

НАУЧНАЯ ПЕДИАТРИЧЕСКАЯ ШКОЛА М.С. МАСЛОВА⁵⁴

Микиртичан Г.Л.

*Государственная педиатрическая медицинская академия
(С-Петербург, Россия)*

Выдающийся отечественный педиатр, заслуженный деятель науки РСФСР, действительный член АМН СССР, профессор, доктор медицинских наук М.С. Маслов (1885–1961) является создателем одной из самых крупных научных школ в советской педиатрии. Предпосылками для ее возникновения были социально-исторические, предметно-логические и личностно-психологические факторы. Формированию научной школы М.С. Маслова и ее успешной деятельности способствовали благоприятные условия, созданные для развития науки в нашей стране в первые годы Советской власти, и большое внимание государства к охране материнства и детства. Следующим фактором послужил уровень развития теоретической и клинической медицины, в частности педиатрии. На грани XIX и XX вв. педиатрия была уже самостоятельной научной дисциплиной и достигла значительных успехов. Трудом Н.П. Гундобина и его учеников был заложен теоретический фундамент педиатрии, научной школой Н.Ф. Филатова созданы ее клинические основы.

Как врач и научный работник М.С. Маслов сформировался в старейшем медицинском заведении нашей страны – Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова (ВМА) в Ленинграде. Интерес к научно-исследовательской работе у него появился еще в студенческие годы. В течение двух лет он работал в лаборатории профессора А.И. Моисеева (1857–1939) по патологической гистологии. После окончания с отличием ВМА в 1910 г. он по конкурсу сочинений был оставлен при кафедре детских болезней. Одновременно он изучал биологическую химию в биохимическом отделении Института экспериментальной медицины под руководством одной из первых русских ученых-женщин Н.О. Зибер-Шумовой (1854–1916). Результатом этой работы стала докторская диссертация М.С. Маслова «О биологической роли фосфора для растущего организма» (1913).

В ВМА М.С. Маслов воспитывался в традициях научной педиатрии, заложенных выдающимися педиатрами С.Ф. Хотовицким (1796 – 1885), Н.И. Быстровым (1841–1906), Н.П. Гундобиним (1860–1908), А.Н. Шкариным (1876–1920). Инвариантной проблемой кафедры педиатрии являлось изучение возрастных особенностей детей. Вопросы, разрабатываемые школой М.С. Маслова, преемственно связаны с его предшественниками. Преемственность – понятие неоднозначное; оно включает в себя одно-

⁵⁴ Опубликовано: Вопросы современной педиатрии. 2009; 8(1): 150-154.

ременно и верность традициям, и новаторство, что ясно отразилось в развитии школы М.С. Маслова. Такое своеобразное сочетание обеспечило жизнеспособность школы. Для формирования школы М.С. Маслова принципиальное значение имели успехи естественных наук: физики, химии, биохимии, методы которых он использовал для разрешения ряда вопросов педиатрии.

Существенным фактором для формирования любой научной школы является определенная форма организации – научная база. Преимуществом М.С. Маслова было то, что он имел два базовых учреждения, и, самое главное, это были высшие учебные медицинские заведения, что помогало осуществлению и соединению двух ведущих функций научной школы – исследовательской и образовательной.

Личностные качества М.С. Маслова соответствовали роли лидера научного коллектива. С юности он отличался упорством в достижении поставленной цели, трудолюбием. Ему было свойственно понимание нового на основе исключительного знания старого, разносторонность научных интересов и в то же время сосредоточенность на проблемах, которыми он интересовался всю свою творческую жизнь, внимание к методологическим вопросам науки. Он сочетал интенсивный интерес к науке со стремлением к коллективному творчеству. Как показал анализ деятельности М.С. Маслова как руководителя школы, он принадлежал к тем ученым, которые неизменно нуждались в учениках и последователях, являясь, в свою очередь, центром притяжения для исследователей. Он был твердо убежден, что всесторонне осветить тот или иной вопрос можно только в процессе коллективного его изучения. «Только дружно сработавшиеся научные коллективы, объединенные единым научным руководством, сработавшиеся на методике, испытанные в работе, умеющие критически мыслить, могут дать и действительно дают ценное для науки. Когда работа выходит от такого крупного научного коллектива, к ней можно отнестись с доверием, ибо за ней скрывается научно-клинический опыт и критическое отношение самого учреждения» [4].

При изучении истории той или иной научной школы иногда бывает трудно выделить точную дату ее рождения. По отношению к школе М.С. Маслова это можно сделать с полной определенностью. Уже в 1923 г. на II Всероссийский съезд детских врачей научный коллектив во главе с М.С. Масловым представил 10 докладов, в которых с единых методических подходов были обобщены новые данные по изучению ферментативных функций организма в детском возрасте при различных физиологических и патологических состояниях, особенно при аномалиях конституции и расстройствах питания и пищеварения у детей грудного возраста. Исследования отличались оригинальностью, единством тематики, новизной, актуальностью. Именно на этом съезде впервые

начали говорить о новой школе в педиатрии, о новом академическом направлении исследований⁵⁵.

Вступив в должность заведующего кафедрой детских болезней ВМА в 1921 г., Михаил Степанович всего за два года сумел создать коллектив единомышленников. В 20-х гг. М.С. Маслов вместе со своим первым коллективом сотрудников приступил к реализации исследовательской программы, включающей в себя познание процессов, происходящих в растущем организме и определяющих здоровье и болезнь ребенка. Эта программа была обусловлена ходом развития педиатрии и включалась в ее предметно-логический строй. В процессе реализации исследовательской программы изучались многие научные проблемы педиатрии. Их большое количество было обусловлено широтой исследовательской программы, но все они были логически взаимосвязаны между собой и имели большую практическую значимость. Для разрешения этих проблем М.С. Маслов использовал функциональные и биохимические методы исследования. Этот период можно охарактеризовать как создание М.С. Масловым малой группы в науке, в основном связанной с ВМА и заложившей начало будущей школы.

В состав первого научного коллектива, сформировавшегося на кафедре детских болезней ВМА, входили в 1921–1924 гг. 3 штатных преподавателя: М.Ф. Руднев и В.Ф. Знаменский, которые работали на кафедре еще при Н.П. Гундобине и А.Н. Шкарине, и В.Н. Морев. После избрания М.Ф. Руднева в 1924 г. заведующим кафедрой педиатрии Днепропетровского медицинского института на кафедре Военно-медицинской академии с 1924 по 1930 гг. оставалось 2 штатных преподавателя. В качестве сверхштатных сотрудников работали А.Ф. Тур и Ю.А. Котиков. Кафедра стала привлекать врачей, которые могли работать в качестве экстернов, активно включаясь в лечебную и научную деятельность. Одна из них – Е.И. Казанская, оставила интересные воспоминания об условиях работы в детской клинике Военно-медицинской академии в 1922–1925 гг., в частности, она писала: «После рабочего дня весь коллектив принимался за научную работу. Большая часть работы была сосредоточена в лаборатории... Лаборатория, расположенная в первом этаже, была изолирована от жилых помещений, и поэтому зимой имела очень низкую температуру. Лаборатория отапливалась времянок, которая давала больше дыма и копоти, чем тепла, тем более что дрова были сырые. Нам самим приходилось топить, мыть, сушить и стерилизовать посуду. На свои средства мы должны были доставать необходимую посуду, химикалии и даже аппаратуру; зачастую отказывали себе во всем, но все это не ослабляло нашего рвения. Наоборот, мы проявляли максимальную энергию и добивались желаемых результатов. Михаил Степанович перед

⁵⁵ Понятие «академическое» здесь связано с наименованием учреждения, где работал М.С. Маслов – Военно-медицинской академией.

уходом домой часто заходил в лабораторию, иногда молча смотрел, как идет работа, иногда подходил к одному или другому сотруднику, задавал вопросы, вносил ценные предложения и коррективы. Его приход оживлял наши мысли и будил инициативу» [1]. Действительно, М.С. Маслов очень любил лабораторию. Большинство его учеников унаследовали эту любовь.

Двери клиники были открыты для всех желающих учиться педиатрии. Врачи города приходили на лекции М.С. Маслова, участвовали в его клинических обходах. Даже опытные детские врачи Ленинграда, такие как А.Н. Антонов, П.П. Пименов, М.Л. Фарфель, постоянно посещали клинику, знакомились с больными, с научной тематикой, учились методикам научных исследований. Педиатры, приезжающие в Ленинград из других регионов страны, считали своим долгом посетить клинику, узнать, что нового можно заимствовать для внедрения в своих учреждениях. Некоторые врачи использовали свой отпуск для повышения квалификации, работая в клинике детских болезней под руководством М.С. Маслова.

С 1925 г. М.С. Маслов начал работать в Ленинградском институте охраны материнства и детства (позднее – Ленинградский педиатрический медицинский институт, ЛПМИ), где сформировался его второй научный коллектив. Первыми сотрудниками М.С. Маслова стали Ю.Н. Садыкова, Э.И. Фридман, О.П. Тимофеева, Р.М. Муравина и др. К ним присоединились сотрудники М.С. Маслова, прошедшие экстернатуру или стажировку в детской клинике ВМА: А.Ф. Тур, Ю.А. Котиков и др. Работа М.С. Маслова в ЛПМИ, крупном научном и учебном учреждении, где были созданы лаборатории, клиники, кафедры, необходимые для всестороннего изучения ребенка, способствовала окончательному формированию школы. Многие бывшие ученики М.С. Маслова были направлены в лечебно-профилактические учреждения не только Ленинграда и области, но и страны [13].

Возглавляемая им кафедра факультетской педиатрии ЛПМИ была более многочисленной по штату, нежели кафедра ВМА. Здесь долгие годы трудились Р.М. Муравина, О.П. Тимофеева, Е.И. Казанская, Ю.Э. Виткинд, К.П. Иванова-Глухова, Б.Д. Тварьянович и др. В конце 40-х – начале 50-х гг. прошлого века на кафедре факультетской педиатрии работали Г.И. Зайцева, Н.И. Тарасов, В.П. Варламова, Э.А. Антипина, Л.Л. Пляскова, Н.В. Ананьи-на, А.П. Макарова, А.А. Валентинович, И.П. Хлыстова и др.

М.С. Маслов серьезно подходил к подбору учеников. Многие из них были выпускниками ЛПМИ. Преподаватели кафедры факультетской педиатрии, проводившие занятия в группах, тщательно присматривались к студентам, особенно занимающимся в студенческом научном обществе на кафедре. Преподаватели рекомендовали бывших студентов своих групп на вакантные места на кафедре. С каждым желающим работать у него М.С. Маслов обязательно беседовал; при этом выяснял состав семьи, запас свободного времени, моти-

вы желания работать на кафедре, научные устремления, знание иностранных языков. В начальный период работы молодого врача на кафедре Михаил Степанович присматривался к нему, как бы испытывая его преданность делу. Большое внимание он уделял клинической подготовке молодых врачей. С ними проводились специальные занятия по методике выполнения клинических и лабораторных исследований. Старшие товарищи контролировали ведение больных, корригировали лечение и диету. После успешного клинического усовершенствования, продолжавшегося 1-2 года, молодого специалиста привлекали к научным исследованиям. Если в процессе работы М.С. Маслов выяснял, что врач – хороший клиницист, но к научной работе не способен, то он очень деликатно, но твердо рекомендовал ему посвятить себя лечебной работе и предлагал ему на выбор несколько мест. Но если после окончания ординатуры или адъюнктуры для перспективного, проявившего себя способным научным работником, не было штатного места, Михаил Степанович не порывал с ним связи и при первой возможности приглашал его вернуться на кафедру. Е.И. Казанская писала, что такой тщательный отбор способствовал тому, что те, кто не оправдывал доверия, отсеивались сами собой, но те, кто оставались в стенах клиники, становились для М.С. Маслова полноправными членами научного коллектива, достойными соавторами научных исследований.

Решение научных проблем М.С. Маслов распределял, исходя из творческих возможностей коллективов. Некоторые вопросы решались одновременно на двух кафедрах (особенности детского возраста, заболевания системы дыхания, гепатолиенальные заболевания, острые и хронические расстройства питания и пищеварения, конституция и ее аномалии у детей и др.); другие (сепсис и септические состояния, нефропатии) – преимущественно на кафедре факультетской педиатрии ЛПМИ. Распределение проблемных заданий между членами научного коллектива проводилось им в соответствии с общественными и научными нуждами, а также с учетом индивидуальных склонностей и способностей сотрудников. Координируя деятельность научных коллективов, учитель добивался максимальной эффективности работы учеников, о чем свидетельствует большое число выходящих с кафедр публикаций [8].

Вот, что писала ученица М.С. Маслова К.Ф. Ширяева о том, как выбиралась тема научных исследований: «М.С. Маслов вызывал молодого врача к себе и расспрашивал, каких больных он ведет и чем больше интересуется, затем он рекомендовал просмотреть соответствующую литературу и после этого просил зайти к нему. При повторных беседах складывалась тема научных исследований, в обсуждении которой весь коллектив принимал активное участие. Методика исследования осваивалась и подбирались исполнителем. По рекомендации Михаила Степановича исследователь мог обратиться для консультации в другие институты (например, ИЭМ) или на различные кафедры ЛПМИ и ВМА» [10].

В процессе работы над темой М.С. Маслов примерно один раз в месяц вызывал врача к себе в кабинет и интересовался ходом дела. «Чтобы хоть что-нибудь сказать в определенной области в определенном вопросе, – считал он, – надо владеть в совершенстве методикой, надо сидеть годами, подходить к одному и тому же вопросу разными путями, с разных точек зрения, углубляться в него, и тогда только истина начнет разъясняться» [4].

М.С. Маслов выступал против решения сложных проблем на основании единичных экспериментальных и лабораторных исследований, против поговори отдельных лиц и даже учреждений за модными темами, а также против работ, проводящихся под впечатлением прочитанной интересной статьи. Он считал, что такие единичные неплановые, без критического подхода, научные работы засоряют медицинскую литературу нагромождением ненужных деталей. Он незаметно, но неустанно формировал у своих учеников научное и клиническое мышление.

Сдержанный по характеру, Михаил Степанович был щедр на похвалы. Ученик был счастлив, когда обсуждая какую-то проблему, М.С. Маслов просто говорил: «Хорошо, продолжайте работу». Недобросовестного отношения к работе он не прощал и, независимо от положения, не оставлял такого сотрудника в своем коллективе. Руководство его было ценно тем, что, корректируя недочеты и даже ошибки, он не подавлял инициативу и приветствовал творчество. Он старался, чтобы после обсуждения ошибок молодого врача, у того не оставалось чувства обиды. По признанию его учеников, такое бережное, корректное отношение будило мысль и заставляло еще сильнее углубиться в работу.

М. С. Маслов не только рекомендовал необходимую литературу, но и сам приносил ученикам книги и журналы из своей личной библиотеки, иногда с закладками на особенно важных местах. Это было особенно ценно в 1920-е и 1940-е гг., когда с научной литературой, особенно с зарубежной периодикой, в стране были трудности. Бывая в зарубежных командировках, М.С. Маслов никогда не забывал о нуждах своих учеников и часто привозил химические реактивы для биохимической лаборатории и другие необходимые предметы для проведения научной работы: набор зондов для катетеризации сердца, первый атлас ангиокардиографии, атравматические иглы и т. д.

Законченная работа передавалась Михаилу Степановичу и после прочтения обсуждалась с автором. Диссертационные и плановые работы рецензировались старшими преподавателями, а затем подробно обсуждались на совещании кафедры. Эти дискуссии, по свидетельству его учеников, были прекрасной школой для научных работников. М.С. Маслов предъявлял большие требования к работавшим в его клиниках экстернам, ординаторам, аспирантам в отношении не только научной работы, но и ведения больных в кли-

нике. В обязанности экстернов входило полное лабораторное обследование ребенка, регулярные дежурства, проведение амбулаторных приемов, сбор анамнеза у вновь поступивших в клинику детей, помощь преподавателям в педагогической работе, общественные нагрузки. Несмотря на его высокую требовательность, желающих работать на кафедре М.С. Маслова было так много, что врачам нередко отказывали из-за невозможности принять всех.

М.С. Маслов больше всего ценил в работнике, независимо от его положения на кафедре, любовь и преданность делу, инициативу, настойчивость, последовательность и самостоятельность. Он был для своих учеников строгим, но справедливым учителем, доступным и человечным руководителем. Характерные для него качества – принципиальность, скромность и спокойствие – он воспитывал и в своих учениках. Внешне суровый, малоразговорчивый, М.С. Маслов постоянно проявлял заботу и интерес к своим ученикам. Не случайно в последние дни жизни он завещал учредить премию для молодежи, занимающейся наукой. Она присуждалась АМН СССР один раз в 2 года аспирантам и клиническим ординаторам за лучшую клиническую работу по педиатрии.

Для поддержания дружеской атмосферы в коллективе М.С. Маслов устраивал товарищеские встречи; так, например, вспоминая встречу Нового года в его квартире, К.Ф. Ширяева отмечала, что «Михаил Степанович дома был чрезвычайно приветливым хозяином, писал новогодние поздравления в стихах, шутил над нами...». Последнее совещание кафедры в конце учебного года проводилось у него на даче. Одновременно с отдыхом проходили серьезные беседы о работе, подводились итоги за год, отмечались успехи, недочеты, и перед каждым сотрудником ставились задачи на следующий год.

Характерной чертой полноценной научной школы является высокий уровень творческого общения [2]. Теоретические вопросы, экспериментальные исследования, клинические материалы постоянно обсуждались на совещаниях кафедры. Приступая к рецензированию, М.С. Маслов, прежде всего, искал в монографии, учебнике, статье, диссертации актуальность темы, новаторство, знание современной литературы, оригинальность методик исследования, тщательность выполнения экспериментальной и клинической частей, использование новейших лечебных профилактических мероприятий, важность для практики здравоохранения. Затем он обращал внимание на недостатки и отрицательные моменты, определял соотношение между положительным и отрицательным в содержании работы; тщательно просматривал обобщения, выводы, заключения, иллюстративные материалы и список использованной литературы. В процессе чтения работы М.С. Маслов выяснял склонность автора к анализу и синтезу, владение методом клинического мышления. Техническим недостаткам (опечатки, описки, пропуски букв и др.) он большого значения не придавал.

На суд коллектива он выносил и свои работы. Перед поездкой на конференцию, съезд подготовленные им для выступления материалы обсуждались его учениками и сотрудниками. Обязательному разбору подвергались и его учебники. Так, например, 6-е издание «Учебника детских болезней», вышедшее в 1953 г., обсуждалось около четырех месяцев. Михаил Степанович интересовался мнением своих сотрудников как педагогов, клиницистов и научных работников, особенно по разделам, которые у него вызывали сомнения, требовал критических замечаний, искренне сердился, когда хвалили написанное им.

Многие научные работы, в том числе диссертационные, выполнялись совместно с другими кафедрами. М.С. Маслов очень тесно был связан с профессором Л.Т. Соловьевым, заведующим кафедрой биохимии ЛПМИ. Сотрудничество это было исключительно плодотворным, приносило большую пользу. Совместно с биохимической лабораторией и кафедрой биохимии были подготовлены работы Р.М. Муравиной, Э.И. Фридмана, И.А. Левинсон, Л.Г. Лейвикова, А.Ф. Фаддеевой, Б.Д. Тварьянович, Е.Е. Шестовской, Д.Я. Подгаецкой и др. Кроме того, некоторые работы выполнялись совместно с кафедрой патологической анатомии ЛПМИ, возглавляемой профессором Д.Д. Лоховым (работы Ю.Н. Садыковой, П.Г.Кац, Д.М. Винокурова и др.), и с кафедрой топографической анатомии и оперативной хирургии, руководимой профессором Ф.И. Валькером (работы Р.С. Новоселовой, С.А. Арутюнян, Ю.Э. Виткинд и др.).

Наличие четкой исследовательской программы, тщательная организация научной работы, коллективный характер и комплексность выполняемых работ служили залогом успешной работы школы М.С. Маслова.

Михаил Степанович с уважением и доброжелательностью относился к представителям других школ в педиатрии, хотя по некоторым вопросам у ленинградской педиатрической школы имелись разногласия с представителями других школ. Наиболее принципиальные разногласия были у М.С. Маслова и А.А. Киселя по вопросам конституции детей. Напомним, что А.А. Кисель (1859–1938) отвергал деление детей на определенные конституционные типы, отрицал связь конституции и наследственности. «Бросается в глаза бесконечное разнообразие детей со стороны физического строения и психики. У каждого свои особенности, своя конституция, свой, так сказать, тип. Сколько детей – столько типов» [3]. Главную причину различия конституционных типов он видел во влиянии различных факторов среды, вызывающих в организме ребенка патологические изменения.

И ученик А.А. Киселя С.И. Федынский (1876–1926), научные интересы которого были очень близки исследованиям М.С. Маслова, так как касались изучения обмена веществ, биохимических изменений при расстройствах питания в раннем возрасте, во взглядах на конституцию поддерживал своего

учителя. На II Всесоюзном съезде детских врачей (1923) он высказал свое несогласие с классификацией конституциональных аномалий, предложенной М.С. Масловым, и сделал совершенно справедливое замечание, что в основу классификации должны быть положены определенные признаки. В 1920-е гг., когда велись эти споры, учение о конституциях только начинало развиваться. М.С. Маслов только нащупывал методы их изучения. Последующие исследования подтвердили правоту основных положений М.С. Маслова по вопросам аномалий конституций у детей. Замечания, сделанные представителями московской и украинской педиатрических школ, были М.С. Масловым учтены.

Взгляды А.А. Киселя на конституцию были основаны на его эмпирическом, клиническом опыте при изучении туберкулеза, инфантилизма и других заболеваний. И наряду с его, как показало время, ошибочными взглядами на эту проблему, он правильно пропагандировал учет индивидуального состояния и реакций организма на факторы внешней среды у каждого ребенка.

Оценивая сегодня те споры по проблеме конституции в детском возрасте, мнения разных ученых нельзя противопоставлять. Наоборот, они рассматривали разные стороны вопроса и, главное, их помыслы были направлены на разработку методов, облегчающих страдание ребенка. Ведь без различия взглядов на проблемы нет поступательного движения науки вперед. Еще более наглядно это проявляется при рассмотрении отношения А.А. Киселя и М.С. Маслова к методам диагностики и лечения больных. Как известно, А.А. Кисель на первое место ставил клинические методы исследования, а другим методам диагностики (лабораторно-инструментальные, бактериологические, биохимические) придавал значение, если они согласовывались с клиническими. В отношении лечения он пользовался очень ограниченным числом лекарственных средств, лично им много лет применявшихся, которым он доверял. В своих выступлениях он неоднократно критиковал увлечение «лечебным уклоном».

Не будем забывать, что в 1930-е гг. А.А. Кисель не знал о многих препаратах, в частности об антибиотиках, принесших успех в лечении многих заболеваний. М.С. Маслов же в своей клинике внедрял новые методы диагностики и лечения, был основателем патогенетического принципа лечения. В одной из своих рецензий во «Врачебной газете» (1930) он упомянул о «терапевтическом нигилизме школы А.А. Киселя». Однако, как это уже неоднократно отмечалось, в своих трудах и выступлениях на съездах, особенно в 1940–1950-е гг., М.С. Маслов призывал педиатров осторожно и очень тщательно, с учетом индивидуальных особенностей ребенка, продумывать показания и противопоказания к тем или иным сложным методам диагностики и лечения (особенно гормонами и антибиотиками). Возможно, этому способствовал не только клинический опыт М.С. Маслова, но и определенное влияние высказываний А.А. Киселя.

Подтверждением близости взглядов А.А. Киселя и М.С. Маслова является выступление М.С. Маслова на VI Всесоюзном съезде детских врачей (1947) с докладом «Патогенез токсических, септических и дистрофических состояний у детей», где он подчеркивал необходимость изучения каждого больного, призывал научиться рационально использовать собственные резервы организма, создавать наиболее благоприятные условия для работы внутренних органов, воздействовать и стимулировать систему регуляторов. В заключение доклада он сказал: «Я несколько раз указывал, что мы слишком увлекаемся активным вмешательством у постели больного ребенка, стремимся пускать в ход все, что дает современная медицина (инъекции, всевозможные препараты и пр.), без критического отношения к патогенезу болезни. И, желая принести пользу, мы приносим ребенку лишь вред...» [11].

М.С. Маслов всегда подчеркивал, в чем заключаются положительные стороны исследований других ученых, всегда с большим тактом вел научные дискуссии. Он вел дружескую переписку с представителями других школ, выдающимися педиатрами Г.Н. Сперанским, М.Х. Угрелидзе, Е.Н. Хохол, Р.С. Гершеневичем, Г.С. Леви, О.Д. Соколовой-Пономаревой и другими учеными. К нему обращались сотрудники педиатрических кафедр многих вузов страны с просьбами проконсультировать по теме научной работы или оказать помощь в выборе темы, быть научным руководителем работы.

Между М.С. Масловым и Н.И. Красногорским не было дружественных отношений, однако в научных оценках творчества Н.И. Красногорского Михаил Степанович был всегда объективен. Он никогда не позволял себе какого-либо осуждения и личностной критики Н.И. Красногорского.

Подход к оценке достижений научной школы должен быть многообразным: прежде всего они определяются категориальными изменениями, внесенными школой в систему данной науки. Школой М.С. Маслова в советской педиатрии был утвержден функционально-биохимический подход в изучении особенностей организма ребенка в норме и при патологии, введены биохимические маркеры, определяющие здоровье и болезнь, создано понятие об индивидуальной реактивности ребенка, увязанное с его конституцией, что позволило подойти к изучению индивидуального патогенеза и разработке индивидуальной патогенетической терапии.

Типичной чертой, присущей школе М.С. Маслова, является разработка методологического подхода к вопросам изучения патологии детского возраста, которая стала достоянием всех советских и российских ученых-педиатров. В настоящее время ни одно исследование в области педиатрии не проводится без всестороннего, глубокого изучения функциональных и биохимических процессов, происходящих в организме ребенка при том или ином заболевании, и выработки патогенетически обусловленных методов лечения, возможно ранней коррекции, рациональной профилак-

тики. М.С. Маслов, один из первых в нашей стране, наряду с А.А. Киселем, Г.Н. Сперанским и другими советскими педиатрами, создал основу для проведения, индивидуальной профилактики, разработал критерии для выделения детей, предрасположенных к различным заболеваниям, в так называемые группы риска.

Труды школы М.С. Маслова, посвященные изучению патогенеза, клиники и лечения острых хронических расстройств питания и пищеварения, нефропатий, гепатолиенальных синдромов, пневмоний, в том числе различных степеней дыхательной недостаточности, заболеваний сердечно-сосудистой системы, септических и токсических состояний, имели огромное значение для практического здравоохранения, способствовали снижению заболеваемости и летальности среди детей.

Большую клиническую научную и педагогическую работу М.С. Маслов сочетал с решением организационных вопросов детского здравоохранения и с активной общественной деятельностью. Особенно большая работа проводилась им на посту председателя Ленинградского научного общества детских врачей (1925–1926, 1929–1930, 1933–1942, 1944–1961 гг.). Общество оказывало органам здравоохранения методическую и практическую помощь. Благодаря такой взаимосвязи, в практику оперативно внедрялись наиболее ценные предложения: рациональная диететика, рекомендации по лечению токсической диспепсии, дизентерии, пневмонии, острых инфекций и др. Кроме того, после обсуждения ряда докладов на заседаниях общества совместно с Ленинградским горздравотделом организовывались противоревматические кабинеты, отделения для лечения колитов, специальные пригородные санатории для больных ревматизмом, бронхиальной астмой, хронической пневмонией. Одному из таких санаториев, созданному при непосредственном участии М.С. Маслова, было присвоено его имя [9].

Вклад научной школы определяется и количественными показателями. Под руководством М.С. Маслова было подготовлено 10 докторских и 46 кандидатских диссертаций, пяти сотрудникам была присвоена ученая степень кандидата наук без защиты диссертации. Из числа сотрудников и учеников М.С. Маслова свыше 40 человек работали ассистентами кафедр как в ЛПМИ, так и в других учебных и научных учреждениях страны; 18 сотрудников получили ученое звание доцента; 21 стали профессорами и возглавили кафедры или были профессорами кафедр медицинских институтов в различных городах страны: А.Ф. Тур (Ленинград, ЛПМИ), В.Л. Стырикович (Кишинев), Э.И. Фридман (Ленинград, Новосибирск), Л.А. Юрьева (Казань, Чкалов – Оренбург), Р.М. Муравина (Ленинград, ЛПМИ), Г.А. Николаев (Ленинград, ГИДУВ), М.С. Бокерия (Тбилиси), Л.Г. Лейвиков (Караганда), Н.А. Шалков (Москва, Институт педиатрии АМН СССР, Институт грудной хирургии АМН СССР; Ленинград, ГИДУВ), В.И. Морев (Ленинград, III ЛМИ), В.Ф. Знамен-

ский (Ленинград, ЛСГМИ), Ю.А. Котиков (Ленинград, ЛПМИ), П.И. Ильинский (Ленинград, Симферополь), Е.Ю. Поюровская (Дзау-Джикау – Владикавказ), А.М. Шапиро (г. Станислав – Ивано-Франковск), В.С. Вайль (Душанбе), Ш.З. Ибраев (Алма-Ата), Е.С. Малышева (Ленинград, ВМА), А.А. Валентинович (Ленинград, ЛПМИ), В.П. Давыдов (Ростов-на-Дону), М.С. Осетринкина (Ленинград, ЛСГМИ). Из числа сотрудников и учеников М.С. Маслова в 1960–1970-е гг. защитили докторские диссертации; Н.Г. Зернов⁵⁶ (Москва, ММСИ им. Н.А. Семашко), А.И. Клиорин (Ленинград, ВМА), О.Л. Переладова (Днепропетровск), М.Г. Чухловина (Ленинград, ЛПМИ), К.Ф. Ширяева (Ленинград, Ин-т пульмонологии МЗ РСФСР).

С 1921 по 1961 гг. сотрудники М.С. Маслова опубликовали около 600 научных работ, из них 460 статей в журналах и сборниках научных трудов, 10 монографий, 3 справочника и др.

Одной из характеристик лидера научной школы является его сопричастность мировой науке: усвоение информации из общезначимого фонда научных знаний; продуцирование новых фрагментов знания, деятельность, направленная на включение их в этот общезначимый фонд. Все это относится и к М.С. Маслову. Большое внимание он уделял личному научному общению ученых и коллег на съездах, конференциях, симпозиумах, в том числе и международных, где пропагандировал достижения своей школы; тем самым его идеи, подходы к изучению различных аспектов детской патологии, методы лечения находили последователей, получали широкое распространение. Он возглавлял советские делегации на международных конгрессах педиатров, был избран вице-президентом V Международного конгресса педиатров в Нью-Йорке, способствовал созданию в Карловом университете в Праге первого в Чехословакии педиатрического факультета, был в дружеских отношениях и вел переписку со многими зарубежными педиатрами [2, 8].

М.С. Маслов считал, что существует единая мировая наука. На организованном им VII Всесоюзный съезд детских врачей (Ленинград, 1957) были приглашены ученые из многих стран мира. Он подчеркивал важность знакомства советских врачей с достижениями медицинской науки в зарубежных странах: «Как бы ни были велики наши достижения в области научной педиатрии и практики детского здравоохранения, мы должны всегда помнить, что прогресс в науке достигается совместными усилиями ученых всех стран. Медицина сейчас является очень сложной областью науки, решение многих вопросов может быть достигнуто только упорным трудом научных коллективов, работающих в разных условиях. Поэтому мы должны внимательно следить за прогрессом в области педиатрии и в зарубежных странах и должны также радоваться их успехам. Общение ученых разных стран может обеспе-

⁵⁶ Работал ст.н.с. отделения хирургии сердца и сосудов у детей Института грудной хирургии АМН СССР, после – сотрудник IV Главного управления МЗ СССР.

чить более полное и правильное понимание многих патологических процессов и правильный подход к профилактике и терапии» [12].

Михаил Степанович поддерживал связи со многими зарубежными коллегами, давал консультации по научным и организационным вопросам. Под его руководством обучались 6 аспирантов из социалистических стран (НРБ, СФРЮ, КНР), которые считали себя учениками М.С. Маслова, пропагандировали достижения его школы за рубежом. Перед каждой научной школой встает вопрос о жизнеспособности научного направления, которое складывается из нескольких факторов: увеличение числа учеников, появление новых поколений последователей, образование «дочерних» школ, способных обеспечить расширенное воспроизводство научных идей и открытий.

Как уже указывалось, число учеников М.С. Маслова постоянно возрастало, плодотворно работало второе и третье поколение школы М.С. Маслова. Исследовательская программа М.С. Маслова, естественно, не была исчерпана им и его учениками при жизни Михаила Степановича; в настоящее время продолжается дальнейшее изучение поставленных им проблем. Оба коллектива, которыми руководил М.С. Маслов: кафедра детских болезней ВМА им. С.М. Кирова и кафедра факультетской педиатрии ЛПМИ (ныне С.-Петербургская педиатрическая медицинская академия), продолжили разработку некоторых тем, входящих в исследовательскую программу школы М.С. Маслова наряду с новыми проблемами педиатрии, выдвигаемыми современной медицинской наукой.

Большое значение для развития советской педиатрии имела деятельность «дочерней» школы ученика М.С. Маслова, академика АМН СССР, профессора А.Ф. Тура в ЛПМИ. Дальнейшее углубленное решение научных проблем, начатое школой М.С. Маслова, продолжилось не только в ВМА им. С.М. Кирова и ЛПМИ, но и в других научных учреждениях нашей страны. Необходимо также отметить, что проблемы, изучением которых занимался М.С. Маслов, его методические установки восприняты и теми учеными-педиатрами, которые не учились у М.С. Маслова и непосредственно с ним не общались, но для них стали настольными книгами его труды. Они руководствовались ими при рассмотрении различных аспектов детской патологии.

Анализ творческой деятельности М.С. Маслова, его учеников, сотрудников и последователей позволяет сделать вывод, что научная школа М.С. Маслова сыграла большую роль в отечественной педиатрии⁵⁷.

⁵⁷ По нашему мнению, ее отличали: яркий лидер, генерирующий новые научные программы, обладавший высоким научным и общественным авторитетом, сопричастный мировой науке; количество и качество подготовленных им учеников; единые подходы к решению научных проблем (четкая программа и тщательная организация научных исследований, их коллективный характер и комплексность); высокий уровень творческого общения внутри школы, включающий в себя взаимное уважение учителя и учеников, а также мнения представителей других школ; наличие научных и практических достижений школы как системных, «категориальных», так и частных, в том числе методологических; воспроизводство созданного школой направления в созданных наиболее яркими учениками «дочерних» школах (*прим. ред.*)

Литература:

1. Военно-медицинский музей МО СССР, Ф. 62078. Воспоминания Е.И. Казанской о работе в детской клинике Военно-медицинской академии в течение 1922–1925 гг., ЛЛ. 8-9.
2. *Кедров Б.М.* Научная школа и ее руководитель. // Школы в науке. М., 1977. – С. 306, 310.
3. Труды заслуженного деятеля науки профессора А.А. Киселя. – М., 1941.–Т. П.– Вып. 1. – С.267.
4. *Маслов М.С.* Роль клинического опыта, лабораторно-инструментальных методов и кондиционального мышления в современной научно-практической диагностике. // Педиатрия. – 1929. – Т. XIII, № 2. – С. 105, С. 104.
5. *Маслов М.С.* Диагноз и прогноз детских заболеваний. Руководство для врачей. – Л.: Медгиз, 1948. – 495 с.
6. *Маслов М.С.* Учебник детских болезней. Для студентов педиатрических факультетов. – Л.: Медгиз, 1956. – 3-е изд. – 551 с.
7. *Маслов М.С.* Лекции по факультетской педиатрии: в 2 ч. – Л,Медгиз, 1957. – Ч.1. – 231 с.; 1960. – Ч.2. – 203 с.
8. *Микиртичан Г.Л.* М.С. Маслов. – М.: «Медицина», 1990. – 176 с.
9. Педиатрия. – 1969, № 6. – С. 66.
10. Рукопись. Хранится на кафедре детских болезней Военно- медицинской академии им. С. М. Кирова.
11. Труды VI Всесоюзного съезда детских врачей.– М., 1948.– С. 74.
12. Труды VII Всесоюзного съезда детских врачей. – Л., 1959.– С. 6.
13. *Тур А.Ф.* М.С. Маслов. – М.: «Медицина», 1969. – 52 с.

ВОЗВРАЩЕННЫЕ ИМЕНА

ХИРУРГ И ПОЛИТИЧЕСКИЙ ДЕЯТЕЛЬ РОССИИ СЕРГЕЙ АНДРЕЕВИЧ НИКОНОВ (К 150-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)

Андреева А.В.

*ФГБУ ВПО «Северный государственный медицинский университет»
Минздрава России (Архангельск, Россия)*

В феврале 2014 г. исполнилось 150 лет со дня рождения хирурга Сергея Андреевича Никонова, оставившего яркий след в медицине Европейского Севера России. Он известен не только как высококвалифицированный врач, но и как «народоволец, политкаторжанин и ссыльнопоселенец, автор воспоминаний об А.И. Ульянове» [1]. Жизнь его полна сюжетов, достойных отдельной книги, которая рассказала бы о российской ссылке конца XIX – начала XX в., ведь С.А. Никонов был сослан трижды. Как утверждают историки, остаться в живых ему посчастливилось благодаря не только «высокому» происхождению, но и судьбе, позволившей ему прожить 78 лет.

Сергей Андреевич Никонов родился 26 февраля 1864 г. в Одессе в дворянской семье, славной своими корнями. Его отец, вице-адмирал Андрей Иванович Никонов (1811–1891), был участником Кавказской и Крымской войн. Он оборонял Севастополь, служил его градоначальником и командиром порта, а впоследствии был членом Военно-морского суда в Петербурге [2].

После окончания Севастопольской гимназии Сергей учился на математическом факультете Петербургского университета, затем поступил в Военно-медицинскую академию. Во время учебы в академии Сергей Никонов вступил в политическую организацию «Народная воля». Вместе со студентом физико-математического факультета Петербургского Университета Александром Ульяновым, старшим братом В.И. Ульянова-Ленина, он принял участие в организации покушения на императора Александра III. Покушение готовилось несколько месяцев и было назначено на 1 марта 1887 г. – годовщину смерти императора Александра II. Однако террористический акт проведен не был.

Источники свидетельствуют, что причиной тому было «несерьезное отношение одного из идейных вдохновителей П. Шевырева и его товарищей – революционеров В. Осипанова, В. Генералова, П. Андреюшкина и А. Ульянова», входивших в террористическую фракцию «Народная воля». Все

основные участники и организаторы покушения на царя были арестованы и казнены в Шлиссельбургской крепости 8 мая 1887 г. Другие же были приговорены к пожизненной высылке или ссылке на 20 лет.

Сергея Никонова арестовали 18 января 1887 г. по делу об антиправительственной пропаганде среди юнкеров. Через 11 месяцев он по болезни был выпущен на поруки отца. Но в мае 1888 г. за участие в террористической деятельности Сергей Никонов был вновь арестован и приговорен к административной ссылке на 4 года в г. Минусинск. В дальнейшем он описал свое пребывание в Красноярском крае. Красоты одного из старинных городов на Енисее его тогда мало интересовали. Более его увлекал тот факт, как несправедливо было устроено российское государство, и что нужно сделать для его обновления. В Сибирь к нему прибыла молодая супруга Нина Васильевна Никонова, урожденная Москопуло. В Минусинске родился сын Никоновых Андрей.

В конце ссылки С.А. Никонов получил известие о смерти отца и обвинил себя в «невнимании и доставленных родителю неудобствах». Адмирала похоронили 25 ноября 1891 г. на Новодевичьем кладбище в Петербурге. Примечательно, что отец революционера, ревностно служивший Отечеству и Государю, был награжден высшими наградами Империи – орденами Белого орла и Александра Невского с бриллиантами.

Вернувшись в 1892 г. из ссылки в родной дом, С.А. Никонов обнаружил, что его мать «больна по возрасту». Возможно, это стало одной из причин продолжения его медицинского образования. Никоновы уехали во Францию, где Сергей окончил медицинский факультет Парижского университета. Поддержка родственников позволяла семье жить в Европе, но, получив диплом, Сергей вернулся в Россию.

В 1901 г. Сергей Андреевич приступил к работе хирургом в городской больнице Севастополя, где вскоре стал старшим врачом. Сегодня в истории 1-й Городской больницы им. Н.И. Пирогова в Севастополе сохранено имя хирурга С.А. Никонова, чья кипучая деятельность позволила улучшить положение больницы. Семья Никоновых пожертвовала средства на постройку новых зданий, в т.ч. двухэтажного корпуса и домового храма [3].

Но служба медицине, Никонов не оставил политическую деятельность. С 1901 г. он – член севастопольской группы партии социал-революционеров (эсеров). В 1902 г. его избрали руководителем Севастопольского комитета партии (ПСР). В январе 1904 г. Никонова вновь арестовали и выслали на три года в г. Архангельск. Как и многим другим ссылным врачам, ему была разрешена врачебная практика, и он некоторое время работал внештатным врачом Городской больницы приказа общественного призрения⁵⁸, в родильном и гинекологическом отделении. Затем он работал в одном из

⁵⁸ Ныне – Городская клиническая больница № 1 им. Е.Е. Волосевич.

районов города – Исакогорке, но вскоре был освобожден от наказания и вернулся в Севастополь. В воспоминаниях его современников сказано, что он вернулся домой через год после известного убийства В.К. Плеве⁵⁹, но связь между этими событиями не установлена.

Первая архангельская ссылка была недолговременной и не оставила ярких воспоминаний Никонова. Супруга Никонова Нина Васильевна служила в то время в Саратове. В 1905 г. она была арестована, заключена на три месяца в тюрьму и была отпущена под залог, так как вскоре должна была родить ребенка. Через полтора года ее судили. Отбывать наказание ей разрешили в Архангельске, куда был отправлен ее арестованный муж. В отношении арестов, тюрем и ссылок у Никоновых в дальнейшем сложился большой стаж. Они были всецело преданны делу революции, притом оставались строго принципиальными людьми и дисциплинированными работниками. Неудивительно, что и в Архангельске они оказались в центре организации ссыльных.

В 1907 г. С.А. Никонов, служивший после второй ссылки в Севастополе, был вновь арестован и помещен в Севастопольскую пересыльную тюрьму. В связи с беспокойной обстановкой на Черноморском побережье, Севастополь находился на военном положении, поэтому Никонова было решено выслать из Крыма. Местом его ссылки определили г. Шенкурск Архангельской губернии. Уездный городок с населением около двух тысяч человек не устраивал революционера, и он как высококвалифицированный врач, заручившись поддержкой коллег по предыдущей ссылке, добывается места в Архангельске. Его дальнейшее относительно благополучное пребывание на Севере связано с именем архангельского губернатора И.В. Сосновского⁶⁰.

В сентябре 1907 г. С.А. Никонов получил официальное разрешение остаться в Архангельске на все время ссылки и заниматься медицинской практикой. Его услугами как хирурга и гинеколога пользовались Городская больница приказа общественного призрения и уездные (районные) больницы, куда его приглашали для консультаций и проведения операций. За пределы Архангельска (Емецк, Холмогоры и другие уездные города) он выезжал по особому разрешению губернатора. За три года работы в Архангельской

⁵⁹ Вячеслав Константинович фон Плеве (1846–1904) – российский государственный деятель, убит эсером Е.Созоновым в Петербурге.

⁶⁰ Сосновский Иван Васильевич (28.03.1868 — после 1917), губернатор Архангельска (1907–1911), действительный статский советник, камергер. Окончил юридический факультет Петербургского университета (1890). Служил в земском отделе МВД. С лета 1893 г. – чиновник в Архангельской губернской канцелярии. С 1897 г. – в Комитете Министров, затем – на службе в Сибири (1899–1903), вице-губернатор в Перми, Астрахани, Ярославле (1904–1905), помощник С.-Петербургского градоначальника (с 1905). По предложению П. А. Столыпина в 1907 г. назначен губернатором Архангельска. С 1911 по январь 1917 гг. – одесский градоначальник; с 11.01.1917 – товарищ министра внутренних дел.

губернии С.А. Никонов провел около 600 различных операций, что для того времени было довольно большой практикой. Впервые в Архангельске Никонов применил новые методики оперативного лечения некоторых болезней, в частности аппендицита, которыми овладел во время работы в клиниках Европы.

Как ссыльный С.А. Никонов не имел права быть членом Общества архангельских врачей (ОАВ), однако он принимал активное участие в его работе, присутствовал практически во всех заседаниях в качестве гостя. Он оперировал в лечебнице ОАВ, три раза в неделю вел в ней хирургический и акушерский приемы; участвовал в организации строительства нового здания лечебницы и оснащения ее операционной; составил проекты инструкций для врачей, среднего и низшего персонала лечебницы; позднее исполнял обязанности заместителя заведующего лечебницей, фактически заведя ею. В этом лечебном учреждении Никонов также выполнил большое количество операций, в том числе и очень сложных. Из 87 операций, произведенных в лечебнице, 41 была сделана под наркозом, для которого использовался хлороформ. За годы работы в Архангельске С.А. Никонов получил большую известность, своими медицинскими познаниями и хорошим отношением к больным он завоевал себе громадное уважение и популярность со стороны коллег и населения.

Исследование члена-корреспондента Общества изучения истории медицины Европейского Севера (ОИИМЕС) Н.М. Лапиной свидетельствует, что хирург Никонов принял деятельное участие в организационных мероприятиях по строительству нового здания лечебницы ОАВ. Он вошел в состав врачебной комиссии, контролировавшей многие вопросы. Среди членов ОАВ были те, кто имел опыт работы за границей, что позволило внедрить их практические знания в обустройстве вентиляции, водопроводом, канализацией и др. нового здания, открытого в 1909 г. на углу улицы Воскресенской и Псковского проспекта. В 1923 г. в этом здании открылся родильный дом им. К.Н. Самойловой. Таким образом, вклад С.А. Никонова как участника строительства и оперирующего гинеколога лечебницы ОАВ имеет отношение к истории развития гинекологии в Архангельске.

Вместе в С.А. Никоновым в Архангельске проживала его семья. Супруга руководила работой по встрече ссыльных в городе, устройству их на квартиру и на работу, обеспечением ссыльных в уездах. Сам Никонов оказывал медицинскую помощь прибывающим арестантам на дому, организовывал лечение ссыльных в больницах города. Деятельность Никоновых контролировалась жандармским управлением.

Нам удалось обнаружить фотографию 1909 г., на которой изображена группа политических ссыльных в г. Архангельске. Среди них во втором ряду четвертый слева – С.А. Никонов, а пятая – П.Н. Шавердо.

Об известной эсерке Паулине Наполеоновне Шавердо (1861 г.р.), «безногий арестантке» [4], написано много. Ее фонд хранится в Государственном архиве Курской области (ГАКО). За пропагандистскую работу среди солдат в 1908 г. Шавердо была арестована и приговорена к ссылке в Архангельскую губернию на 4 года. По пути в ссылку ее ждали Бутырская и Ярославская пересыльные тюрьмы. Находясь на поселении, она сотрудничала с газетой «Киевские вести» под псевдонимом «Старенькая бабушка».

В ее воспоминаниях «Архангельская ссылка» есть немало интересных фактов. Учитывая, что П.Н. Шавердо была акушеркой, она описала не только положение и жизнь ссыльных, но и свое профессиональное сотрудничество с С.А. Никоновым. Воспоминания П.Н. Шавердо позволили пролить свет на жизнь семьи Никоновых и других ссыльных в Архангельской губернии. Каждый этап встречался несколькими ссыльными, чаще всего это были супруги Никоновы. В случае, если кто-нибудь из ссыльных назначался для отправки в отдаленные места губернии, а по состоянию здоровья или по семейному положению ему это было тяжело, тогда общими усилиями старались оставить его и устроить в Архангельске или в одном из ближайших городов. В таком случае с просьбой к губернатору являлся кто-либо из самых почитаемых ссыльных (чаще – С.А. Никонов или его жена).

Архангельские ссыльные были связаны со всей ссылкой по губернии. Заброшенным в глухие места товарищам посылались книги, учебники, рабочим – нужные инструменты и другие пособия. Посылали также деньги, одежду и паспорта для побегов. Никоновы, добывая все это, связывались с другими городами и губерниями, а собранная помощь отсылалась вплоть до каторги непосредственно. Обладая способностью внушить доверие и уважение, чета Никоновых пользовалась всяким случаем и знакомством, чтобы улучшить положение ссыльных и заключенных. С.А. Никонов добился у губернатора разрешения оставить П.Н. Шавердо в Архангельске, а не отправлять ее в Пинегу, где было определено место ее ссылки. Она стала для Никонова связующим звеном в переписке со ссыльными, подготовке прокламаций, публикаций и в обмене печатными изданиями.

В воспоминаниях П.Н. Шавердо представлен состав семьи Никоновых: «Семья состояла из шести человек: Сергей Андреевич, Нина Васильевна, ее мать и трое детей. Их дочь Маруся обладала большими музыкальными способностями и дивным голосом... Два сына Никоновых – совсем маленький Боря и старший, гимназист 8-го класса, Андрей. Первое революционное крещение он получил в севастопольской тюрьме. Будучи в 7-м классе, он отбывал наказание в 1905 г. вместе с отцом. Когда Андрей, окончивший Архангельскую гимназию, уезжал в Московский университет, мы решили дать ему конспиративное поручение к московской революционной организации и послать через него кое-что. Через год он попал в засаду и был арестован. Его

содержали в тюрьме 8 месяцев. Жандармы так и не узнали, кто ему передал записку революционного содержания. Андрей был осужден к одному году крепости, он был лишен возможности учиться в каком-либо учебном заведении страны. По примеру отца он уехал за границу, в Париж, где и поступил на медицинский факультет, вернулся в Россию уже при советской власти и работал доктором» [5].

П.Н. Шавердо описала состояние архангельской больницы Приказа общественного призрения, где трудились супруги Никоновы, отметив при этом порядочность врачей Гренкова, Мефодиева, Лейбсона и Жовинской, которые «сочувствовали революции». В этой больнице ее однажды спасли от гибели.

В августе 1910 г. закончился срок ссылки Никонова, и он был принят в члены ОАВ. Перед отъездом из Архангельска С.А. Никонов выступил на заседании ОАВ с отчетом о хирургической деятельности лечебницы Общества за 3 года его работы. Тогда же он выступил и с благодарственным словом своим коллегам: «В Архангельске я не встретил ни препон, ни препятствий в своей работе. Я встречал здесь только одно лишь дружеское содействие...».

Из воспоминаний П.Н. Шавердо: «В июле 1910 г. кто-то из бежавших товарищей написал письмо и неосторожно упомянул фамилию Никонова... У Сергея Андреевича оканчивался срок ссылки, поэтому жандармы хотели его отправить за решетку. Было предъявлено обвинение в оказании помощи политическим ссыльным и организации побегов. Но, несмотря на все старания, жандармы никакого дела создать не смогли... Семью Никоновых проводил буквально весь город. Проводили их с почетом, причем горожане преподнесли Никонову адрес, а о проводах было опубликовано в местной газете».

В 1910 г., после окончания архангельской ссылки, С.А. Никонов переехал в Саратов, затем с 1911 по 1917 гг. работал в Оренбургской губернии. В 1917 г. он вернулся в Севастополь, где служил хирургом городской больницы. Затем он стал городским комиссаром и городским главой; в 1918 г. назначен министром народного просвещения Крымского правительства. В январе 1918 г. эсер Никонов участвовал в заседании Учредительного собрания в Петрограде.

Известно, что в советское время С.А. Никонова неоднократно арестовывали. В 1920-е гг. он входил в состав общества политкаторжан и ссыльнопоселенцев, сотрудничал с журналом «Каторга и ссылка». В 1925 г. был выслан из Крыма и работал врачом в Сергиевом Посаде, где в качестве народника подготовил и издал воспоминания об Александре Ульянове [6].

В 1930 г. Сергей Андреевич вернулся в Севастополь, откуда позднее с семьей переехал в Ленинград. Известно, что скончался С.А. Никонов в 1942 г. в Ленинграде.

Сотрудники Музея истории медицины Европейского Севера Северного государственного медицинского университета и ОИИМЕС продолжают исследование, связанное с именами ссыльных медиков, среди которых, несомненно, самым ярким является имя врача-хирурга и политического деятеля Сергея Андреевича Никонова.

Литература:

1. http://www.hrono.ru/biograf/bio_n/nikonov_sa.php.
2. Федоров М.П. Забытые могилы. О морских захоронениях на Новодевичьем кладбище в Санкт-Петербурге // Гангут. – 1996, – № 11; Русский биографический словарь: В 25 т. / Под наблюдением Половцова А.А. 1896–1918.
3. <http://vashsevdом.narod.ru/histor/boln2.html>
4. <http://www.rusarchives.ru/publication/shaverdo.shtml>
5. ГАКО. Ф. 722, Оп. 1, Д. 2, Л. 1-53.
6. <http://books.google.ru/books?id=1VLwAgAAQBAJ&pg=PA127&lpg=PA127&dq>

ХИРУРГ АБРИКОСОВ ИЗ АРХАНГЕЛЬСКА

Андреева А.В., Чирцова М.Г.

*ФГБУ ВПО «Северный государственный медицинский университет»
Минздрава России (Архангельск, Россия)*

«Сила хирурга заключается в том, чтобы найти возможность, если она есть и более выгодна для больного, не оперировать его и отложить скальпель в сторону»

С.Х. Абрикосов

23 ноября 2014 г. исполнилось 105 лет со дня рождения известного хирурга Степана Хрисанфовича Абрикосова. Его 100-летие прошло незаслуженно незаметно не только для Северного государственного медицинского университета, но и архангельской медицины в целом. Однако имя Абрикосова известно многим хирургам старшего поколения Архангельской области. Один из тех, доцент СГМУ Виктор Павлович Рехачев, был лично знаком с С.Х. Абрикосовым и сохранил для потомков воспоминания о нем.

Личность С.Х. Абрикосова интересна и неоднозначна, начиная с его происхождения. Его мама была внучатой племянницей Л.Н. Толстого. Отец, сын известного московского кондитера, происходившего из уральских крепостных, получил высшее образование и несколько лет был личным секретарем Л.Н. Толстого. Родословная Абрикосовых полна выдающихся имен, в т.ч. в истории медицины и науки.

После окончания школы в 1930 г. С.Х. Абрикосов поступил во 2-й Московский медицинский институт, но в конце IV курса был исключен «за несогласие с существующим режимом» по ст. 58-10 и 58-11 УК РСФСР (постановление Особого совещания при коллегии ОГПУ от 04.06.1934 г. отменное спустя 26 лет за отсутствием состава преступления.). По другим архивным источникам, он находился в Вяземских исправительных трудовых лагерях НКВД за участие в студенческих «оппозиционных группировках» и по делу «О монархическом перевороте», т.е. был причастен к движению, якобы желавшему вернуть царский режим. Из материалов НКВД следует, что он говорил своим однокурсникам о происхождении (по линии матери) из рода Рюриковичей, которые имеют больше прав на российский престол, чем Романовы.

По ходатайству отца и при личном содействии известного этнографа, писателя и партийного деятеля В.Д. Бонч-Бруевича, Степану Абрикосову

уменьшили срок с 10 до 5 лет лагерей. После 9 месяцев пребывания в одиночной камере его отправили по этапу в Сибирь (Мариинск, Кемеровская область). Через 4 года стараниями родителей Абрикосов был переведен на строительство шоссе Московской–Минской. А в 1937 г. по ходатайству М.И. Ульяновой (сестры В.И. Ленина) он был освобожден и получил разрешение завершить высшее медицинское образование в одном из периферийных вузов.

Как свидетельствуют воспоминания родственников, в начале списка вузов стоял открывшийся в 1932 г. Архангельский государственный медицинский институт (АГМИ; ныне – СГМУ), куда С.Х. Абрикосов и был принят для обучения.

Сохранившееся в архиве СГМУ до настоящего времени личное дело студента АГМИ С.Х. Абрикосова свидетельствует, что 16 февраля 1937 г. он был восстановлен на 8-м семестре обучения как выбывший в 1933 г. из 2-го Московского медицинского института. Примечательно, что письмо на имя директора Архангельского мединститута П.Л. Рапопорта подписал лично и.о. начальника Управления высшими медицинскими учебными заведениями НКЗ СССР И.Д. Страшун, ставший в дальнейшем видным организатором медицинского образования и здравоохранения, академиком АМН СССР. В письме было сказано, что Абрикосова необходимо зачислить без стипендии и общежития, что подтверждается последующим приказом вуза при восстановлении на 7-й семестр обучения. Справка, выданная С.Х. Абрикосову деканом 2-го МГМИ Лавским свидетельствует, что ранее он учился преимущественно на «удовлетворительно».

В 1937 г. в жизни студента Абрикосова произошло примечательное событие – в АМИ он познакомился с однокурсницей Евстолией Павловной. Они создали семью.

При переводе в АГМИ С.Х. Абрикосов обратился к директору вуза с заявлением, что, поступив без стипендии, он параллельно работает, но желает «углубить проработку академических предметов», а работа отбирает много времени и приводит к большому количеству пропусков. Но в стипендии ему было отказано. И только накануне госэкзаменов, после предоставления справки об увольнении с работы, С.Х. Абрикосову была предоставлена стипендия. Безусловно, это способствовало тому, что в феврале-марте 1939 г. все выпускные экзамены были им сданы на «отлично». Их принимали известные российские профессора Н.И. Вещезеров (патологическая физиология), А.И. Нодов (патологическая анатомия), Н.Н. Дьяков (терапия с детскими инфекционными болезнями), В.В. Преображенский (акушерство и гинекология), А.А. Вечтомов (хирургия) и А.Н. Трегубов (общая гигиена). В 1939 г. С.Х. Абрикосов получил квалификацию «врача-лечебника», диплом об окончании АГМИ и отправился работать в Коми АССР.

В начале Великой Отечественной войны Степан Хрисанфович возглавил медкомиссию по освидетельствованию призывников в РККА. В 1943 г. он был арестован, обвинен в способствовании уклонению от призыва на фронт и 29 марта 1943 г. признан виновным военным трибуналом войск НКВД СССР Строительства Северо-Печерской железнодорожной магистрали (СПЖМ) по ст. 17 193-10 «а», ст. 117 ч. 2 УК РСФСР и осужден на 8 лет лишения свободы. Определением Военной коллегии Верховного суда СССР от 1 июня 1943 г. приговор военного трибунала СПЖМ был изменен, мера пресечения снижена до двух лет лишения свободы, исполнение приговора отсрочено до окончания военных действий в связи с тем, что Абрикосов направлен в действующую армию (из письма прокуратуры Коми АССР за № 13/175-90 от 01.06.1990 г.).

С.Х. Абрикосов был направлен на Карельский фронт младшим врачом полка, а затем назначен командиром санитарной роты штрафного батальона. Документы свидетельствуют, что в эти годы он много оперировал, при этом сам был дважды ранен, имел награды за взятие Будапешта. В 1945 г. в звании старшего лейтенанта медицинской службы Х.С. Абрикосов исполнял обязанности начальника санотдела фронтового лагеря военнопленных 3-го Украинского фронта. Был уволен в запас в ноябре 1945 г. Затем еще 2 года он служил врачом в лагерях для военнопленных. Но эти заслуги военного врача Абрикосова были отмечены всего лишь двумя медалями: «За оборону Советского Заполярья» и «За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.».

В 1947 г. Абрикосов вернулся в Архангельск, где работал хирургом в районной больнице поселка Маймакса и одновременно преподавал хирургию в Маймаксанской фельдшерско-акушерской школе, выпускники которой вспоминали его как прекрасного учителя, добивавшегося от студентов полного понимания материала. Многие запомнили его как врача в военной форме, высокого и подтянутого, строгого и дисциплинированного, предельно честного и непредвзятого.

В 1950-е гг. он совершенствовал свое хирургическое мастерство в разных лечебных учреждениях Архангельска, неоднократно меняя место работы в связи с личными обстоятельствами. Будучи крайне принципиальным, Абрикосов не любил различные комиссии, проверявшие его работу, при этом часто был настолько прямолинеен, что это негативно сказывалось на его карьере.

В октябре 1959 г. Абрикосов начал работать заведующим хирургическим отделением районной больницы поселка Первомайский (г. Новодвинск), состоявшим в ту пору всего из 15 коек. Он был единственным хирургом и виртуозно делал операции любой сложности. Так, он впервые в регионе провел операции на желудке, печени, почках, при онкологических

заболеваниях, выхаживал тяжелых больных. Первым в области применил при операции сшивающий аппарат. При его участии при больнице была организована патолого-анатомическая лаборатория. На протяжении многих лет хирург исполнял обязанности патологоанатома; лично изготавливал гистологические препараты из удаленных им при операциях органов и тканей, изучал их. Всю жизнь занимался научной работой. При Абрикосове хирургическое отделение Первомайской больницы работало на уровне лучших архангельских клиник, где в то время оперировали выдающиеся хирурги – профессора Г.А. Орлов, В.Ф. Цель, Б.А. Барков.

Евстолия Павловна Абрикосова в конце 1950-х гг. была главным врачом 1-й городской клинической больницы г. Архангельска (в н. вр. Городская клиническая больница скорой помощи № 1 имени Е.Е. Волосевич). Затем она много лет работала главным врачом Первомайской больницы, и так же, как и супруг, имела немногочисленные правительственные награды. Как вспоминают их ученики, находясь на заслуженном отдыхе, Абрикосовы никогда не отказывались консультировать больных; по вызову в любое время прибывали в больницу. Так, выезжая на рыбалку, Степан Хрисанфович устанавливал на лодке белый флаг с красным крестом. При отсутствии в те годы мобильной связи это позволяло его быстро найти.

Только в 1960 г. он был реабилитирован. В 1975 г. Степан Хрисанфович Абрикосов скончался и был с почестями похоронен в г. Новодвинске.

В память замечательного врача и хирурга в Новодвинске были организованы Абрикосовские чтения, издан буклет «Светя другим». На доме, где он жил, и на корпусе больницы, в которой он работал, установлены мемориальные доски. Среди воспитанных им многочисленных учеников – заслуженные врачи РФ заведующий хирургическим отделением Новодвинской ГБ В.М. Окулов и доцент кафедры факультетской хирургии СГМУ, кандидат медицинских наук С.П. Боковой.

Ветераны здравоохранения Архангельской области, посетившие Музей истории медицины Европейского Севера в СГМУ, в беседе с сотрудниками утверждали, что медицинский талант С.Х. Абрикосов унаследовал от своего двоюродного предка, Героя Социалистического труда, академика АН СССР и АМН СССР, выдающегося патологоанатома Алексея Ивановича Абрикосова (1875–1955).

«ТРИ СЕСТРЫ» СТАВРОПОЛЯ: ТРИ ЭПОХИ МИЛОСЕРДИЯ

Карташев А.В.

*ФГБОУ ВПО «Ставропольский государственный
медицинский университет» Минздрава России
(Ставрополь, Россия)*

Увековечение памяти выдающихся людей является одной из задач местных городских властей. В краевом административном центре – городе Ставрополе – такая работа ведется давно. Именами героев Гражданской и Великой Отечественной войн названы улицы города. Барельефы выдающихся политических и общественных деятелей, краеведов и меценатов украшают аллею почетных жителей города и края. В городскую топонимику прочно вошли наименования улиц, названных в честь выдающихся представителей отечественной медицины Н.И. Пирогова и Н.А. Семашко. Имя ставропольского педиатра профессора Г.К. Филиппского носит детская городская больница.

Не слишком длинный список персоналий от медицины, увековеченных в городе, продолжают имена двух выдающихся женщин-медиков – Риммы Ивановой, героически погибшей на Первой мировой войне, и Матрены Наздрачевой – участницы Великой Отечественной войны и одной из четырех женщин, полных кавалеров ордена Славы. В честь Р.М. Ивановой названа одна из улиц Ставрополя. На здании бывшей Ольгинской гимназии, где она училась, ей установлена мемориальная доска, а специальная комиссия при Ставропольской городской думе рассмотрела вопрос об установке ей памятника. Барельеф М.С. Наздрачевой в 2014 г. занял место на аллее почетных жителей города Ставрополя.

Однако у этих двух героических женщин была не менее выдающаяся предшественница – баронесса Юлия Петровна Вревская – сестра милосердия, участница русско-турецкой войны 1877–1878 гг., о которой в Ставрополе известно гораздо меньше.

Родилась она в семье польского дворянина, участника Отечественной войны 1812 г., георгиевского кавалера, генерал-лейтенанта П.Е. Варпаховского. Год ее рождения точно не установлен – 1838 или 1841. С десяти лет вместе родителями она проживала в Ставрополе, где ее отец командовал резервной дивизией Кавказского корпуса. Здесь она окончила женскую гимназию имени Св. Александры и в 1857 г. вышла замуж за генерала, участника Кавказской войны барона И.А. Вревского. Скорее всего, знакомство Юлии и Ипполита Александровича также произошло в Ставрополе, где проживали минимум шесть представителей рода Вревских, включая Ипполита Александровича [1].

После свадьбы супруги переехали во Владикавказ. Однако семейное счастье длилось недолго. В августе 1858 г. Ипполит Александрович получил смертельное ранение в бою и через несколько дней скончался. Молодая вдова переехала в Петербург, где была приглашена ко двору и получила место фрейлины Марии Александровны, супруги императора Александра II. Юлия Петровна была знакома со многими выдающимися людьми своего времени – писателями И.С. Тургеневым, В. Гюго, поэтом Я.П. Полонским, художником И.А. Айвазовским и др. [2].

В 1877 г., после начала русско-турецкой войны, Юлия Петровна решает уехать в действующую армию. На деньги, вырученные от продажи своего имения, она снаряжает санитарный отряд из 22 сестер милосердия, сама становится в нем рядовой сестрой и отправляется на фронт. По традиции того времени многие высокопоставленные дамы общества (особенно вдовы) почитали за честь работать в военных госпиталях, но не все были готовы выполнять самую тяжелую и «грязную» работу на передовой, где велись боевые действия, или, например, в инфекционных госпиталях, которой не чуралась баронесса Вревская. Она писала Тургеневу: «Родной и дорогой мой Иван Сергеевич. Наконец-то, кажется, буйная моя головушка нашла себе пристанище: я – в Болгарии, в передовом отряде сестер... Тут уж лишения, труд и война настоящая, щи и скверный кусок мяса, редко – вымытое белье и транспорт с ранеными на телегах. Мое сердце екнуло, и вспомнилось мне мое детство и быллой Кавказ... Всякое утро мне приходится ходить за три версты... На 400 человек нас – 5 сестер, раненые все очень тяжелые...». Сестре Наталии Юлии писала: «Хотя я терплю тут большие лишения, живу чуть не в лачуге, питаюсь плохо, но жизнь мне эта по душе и мне нравится. Я встаю рано, мету и прибираю сама свою комнату с глиняным полом, надеваю длинные сапоги, иду за три версты в страшную грязь в госпиталь, там больные лежат в кибитках калмыцких и мазанках. Раненые страдают ужасно, часто бывают операции. Недавно одному вырезали всю верхнюю челюсть со всеми зубами. Я кормлю, перевязываю и читаю больным до 7 часов...»⁶¹.

Заразившись в госпитале тяжелой формой сыпного тифа, 5 февраля 1878 г. она умерла. На смерть Юлии Петровны откликнулись стихами Яков Полонский и Виктор Гюго. В «белом» стихотворении Ивана Тургенева «Памяти Ю.П. Вревской» есть такие строки: «На грязи, на вонючей сырой соломе, под навесом ветхого сарая, на скорую руку превращенного в походный военный госпиталь, в разоренной болгарской деревушке – с лишком две недели умирала она от тифа. Она была в беспомощности – и ни один врач даже не взглянул на нее; больные солдаты, за которыми она ухаживала, пока еще могла держаться на ногах, поочередно поднимались с своих зараженных логовищ, чтобы поднести к ее запекшимся губам несколько капель воды в че-

⁶¹ Назарова Л. Подвиг сестры милосердия // Герои Шипки. М. : «Молодая гвардия», 1979: 355-339.

репке разбитого горшка» [3]. Ее похоронили в болгарском городке Бяле. Там же Ю.П. Вревской был установлен памятник, а ее именем была названа одна из городских улиц. В 1920-е гг. в Париже работала русская община сестер милосердия имени Юлии Вревской. Гражданский подвиг Вревской описан в повести болгарского писателя Георгия Карастоянова [4]. О жизни Ю.П. Вревской в 1970-е гг. был снят советско-болгарский художественный фильм «Юлия Вревская».

О второй героине мы знаем гораздо больше: Римма Михайловна Иванова – уроженка города Ставрополя, сестра милосердия, участница Первой мировой войны, единственная в России женщина, награжденная за боевые заслуги «офицерским» орденом Святого Георгия Победоносца. Римма Иванова родилась 15 июня 1894 г. (по ст. ст.) в семье казначея духовной консистории, коллежского асессора. В августе 1913 г. она окончила 8 классов Ольгинской гимназии и с осени стала работать народной учительницей в земской школе села Петровское Благодарненского уезда Ставропольской губернии [5].

С началом Первой мировой войны возвратившись в Ставрополь, Римма поступила на курсы сестер милосердия. По окончании теоретического курса, 27 августа она приступила к работе в хирургическом отделении одного из госпиталей Всероссийского земского союза в Ставрополе [6]. С теплотой вспоминали ее заботу больные и раненые. «Дорогая сестрица! Не могу подобрать слов, которыми мог бы отблагодарить Вас за вашу благодетель и ласки во время того, когда я лежал у вас в госпитале. Я не могу, не могу всех тех чувств, которые питаю к вам, описать, Вы для больных как “родная сестра”. Я надеюсь, каждый больной вечно будет помнить Вас, а в особенности те, которые лежали в вашей палате» [7], – писал с фронта один из ее пациентов.

В январе 1915 г. Римма Иванова добровольно отправилась на фронт, в 83-й Самурский пехотный полк, где сразу же попросилась на передовую. Раненых было много. Каждый день на медицинский пункт полка поступало свыше ста человек. Во время одного боя Римма была ранена. За мужество, проявленное ею при спасении раненых, Римма Иванова была удостоена двух Георгиевских медалей. После короткого отпуска, проведенного в Ставрополе, девушка продолжила службу ротным фельдшером в 105-м Оренбургском пехотном полку, где врачом служил ее родной брат – Владимир Иванов. В первые дни пребывания в полку она спасла от смерти командира полка полковника Граубе, за что была награждена Георгиевским крестом IV степени.

Но свой самый главный подвиг она совершила позднее. 9 сентября 1915 г. в ходе ожесточенных боев у деревни Мокрая Дубрава в Белоруссии оба офицера роты были убиты. Враг теснил русские войска. При их дальнейшем отступлении раненые могли попасть во вражеский плен. Выскочив из окопа, Римма подняла солдат в атаку. Натиск неприятеля был сломлен,

солдаты 105-го полка ворвались во вражеские окопы. Но в ходе этого боя Римма Иванова была смертельно ранена и умерла на руках у своих сослуживцев [8].

17 сентября 1915 г. Император Николай II всемилостивейше пожаловал сестру милосердия Р.М. Иванову орденом Святого Георгия IV степени (посмертно). Римма была с почестями похоронена в Ставрополе во дворе Андреевской церкви. На ее гибель откликнулись как российские, так и зарубежные газеты и журналы. Уже в 1916 г. на экраны вышел художественный фильм о ней, была выпущена граммофонная пластинка с песней о ее подвиге. В советское время имя Р.М. Ивановой по идеологическим соображениям находилось в тени, но в постсоветский период о ней заговорили вновь. В Ставрополе у нее появился биограф – доктор исторических наук, профессор Н.Д. Судавцов. В 2013 г. белорусские кинематографисты сняли документальный фильм «Святая Римма». В следующем году фильм был удостоен диплома X Международного кинотелефестиваля «Победили вместе» (Севастополь) [9].

Третья женщина также хорошо известна в нашей стране как почетный гражданин краевого центра, участница Великой Отечественной войны, единственный медицинский работник – полный кавалер Ордена Славы. Ее имя – Матрена Семеновна Наздрачева (в девичестве Нечепорчукова). Родилась 3 апреля 1924 г. в селе Волчем Яре Харьковской области Украинской ССР, в крестьянской семье. Окончила акушерско-сестринскую школу. Работала медицинской сестрой в районной больнице. В апреле 1943 г. была призвана в Красную Армию и направлена на фронт, где служила санитаром-инструктором. За время службы на фронте оказала помощь на поле боя двумстам раненым, вынесла на себе более 30 бойцов и офицеров с их личным оружием. В ряду многочисленных наград Матрены Наздрачевой – медаль Международного комитета Красного Креста имени Флоренс Найтингейл, которую она передала в Ставропольский государственный музей-заповедник. С 1950 г. судьба Матрены Семеновны связана со Ставрополем. В Ставропольском медицинском университете стало традицией проводить ежегодные спортивные состязания среди студентов медицинских вузов страны на приз Матрены Наздрачевой [10, 11].

Таким образом, в летопись Ставрополя оказались вписаны имена трех выдающихся женщин – Юлии Вревской, Риммы Ивановой и Матрены Наздрачевой – медицинских работников, в разное время служивших благородному делу спасения человеческих жизней на поле боя. Их судьбы и подвиги – это олицетворение непреходящих человеческих ценностей: милосердия, жертвенности, мужества. Каждая из них достойна отдельного памятника, но в сочетании этих имен просматривается преемственность поколений, которую могут подчеркнуть три женские фигуры из разных эпох, соединенные в единый монумент.

Идея создания одного памятника этим трем медицинским сестрам родилась на страницах газеты «Ставропольская правда» [12], обсуждена на заседании Ученого совета Ставропольского государственного медицинского университета (протокол № 1 от 28 августа 2015 г.) и доложена 10 ноября 2015 г. на заседании специальной комиссии при Ставропольской городской думе, которая признала создание такого памятника целесообразным. По мнению инициаторов, памятник должен представлять собой композицию из трех фигур, выполненных в натуральную величину. В центре – в полный рост – фигура Риммы Ивановой в одеянии сестры милосердия времен Первой мировой войны со спадающей с головы косынкой, с двумя Георгиевскими медалями и Георгиевским крестом на груди, поднятой рукой призывающей бойцов в атаку. Слева от нее – фигура Юлии Вревской, сестры милосердия русско-турецкой войны 1877–1878 гг., в косынке с крестом, стоящей на коленях и протягивающей черепок с водой для питья больному. У нее изможденный вид, она смертельно больна. Третья фигура Матрены Наздрачевой – в военной форме времен Великой Отечественной войны (берет со звездочкой, гимнастерка с погонами сержанта санитарной службы, юбка, сапоги). На ее груди слева – три ордена Славы, справа – гвардейский знак. Фигура стоит на одном колене. Рука ее тянется к санитарной сумке, которая находится сбоку от нее на земле. Местом установки памятника выбрана территория, прилегающая к главному корпусу Ставропольского государственного медицинского университета [13].

Установкой памятника трем выдающимся медицинским сестрам – ставропольчанкам решается сразу несколько проблем. Во-первых, это – увековечение памяти одновременно трех женщин-героинь, позволяющее глубже раскрыть тему подвига медицинских работников в периоды войн, которые вели Россия и Советский Союз на протяжении более полувека. Во-вторых, установкой памятника представительницам трех различных эпох будет подчеркнута связь и преемственность поколений российских медиков, которым свойственны все те же общечеловеческие ценности – мужество, стойкость, чуткость, сострадание. Это особенно важно для воспитания как студентов высших и средних медицинских учебных заведений, так и молодых медиков, еще только приступающих к своему служению медицине и больному человеку. В-третьих, появление подобного «тройного» памятника – пока единственного в России такой тематики – будет способствовать привлечению интереса к городу Ставрополю как историко-культурному и туристическому центру на Северном Кавказе.

Литература:

1. Общий алфавит фамилий владельцев имений за 1740-1833 гг. Библиотека Государственного архива Ставропольского края. Инв. № 1620. – С. 195-196.
2. Вревская Юлия Петровна // Энциклопедический словарь Ставропольского края / Гл. ред. В.А. Шаповалов. – Ставрополь: Изд-во СГУ, 2006. – С. 79.

3. Назарова Л. Подвиг сестры милосердия // Герои Шипки. – М.: Молодая гвардия, 1979. – С. 355-369.
4. Карастоянов Г. Верность за верность. – София: «Пресс», 1974. – 256 с.
5. Ставропольский государственный музей-заповедник. Ф. 78, ед. хр. 1, 3.
6. Государственный архив Ставропольского края. Ф. 311. Оп. 1. Д. 493. Л. 6.
7. Судавцов Н. Римма Иванова – кавалер ордена Святого Георгия Победоносца // Вечерний Ставрополь. – 2014. – 26 февраля. – С. 4.
8. Никольский С. Победный венок героине долга сестре милосердия Римме Михайловне Ивановой. – Ставрополь н/К: Тип. Губ. Правления, 1916. – 36 с.
9. Гейко О.А. Беспримерный подвиг сестры милосердия Риммы Ивановой // Материалы Второй всероссийской олимпиады по истории медицины. Ставрополь: СтГМУ, 2014. – С. 7-11.
10. Сляднев Е.А. Боевой путь Матрены Наздрачевой // Медики Ставрополя в годы войн и вооруженных конфликтов: сборник научных статей / под общ. ред. Муравьевой В.Н. – Ставрополь: СтГМА, 2009. – С. 58-59.
11. Лозанович Л. Кавалеры ордена Славы. – Ставрополь: кн. изд-во, 1971. – С. 97-100.
12. Карташев А.В. Три выдающиеся сестры милосердия, прославившие Ставрополье // Ставропольская правда. – 2015. – 31 июля. – С. 3.
13. Перспективу установки новых памятников в Ставрополе обсудили депутаты и ученые // Ставропольская правда. – 2015, 11 ноября. – С. 1.

НАСЛЕДИЕ ПРОФЕССОРА МЕРИНГА

*Солейко Л., Солейко Е., Царенко С.
Винницкий национальный медицинский университет
имени Н.И. Пирогова (Винница, Украина)*

В науке случаются открытия, которые лишь много лет спустя признаются таковыми. К ним отнесем известный приоритет выдающегося киевского врача, доктора медицины, профессора Федора Федоровича (Фридриха Фридриховича) Меринга (1822–1887) в прижизненной диагностике в 1883 г. тромбоза коронарных артерий, о чем в 1910 г. сообщили два других, не менее знаменитых, врача Киева В.П. Образцов и Н.Д. Стражеско [8, 11]. Однако Ф.Ф. Меринг – легендарный врач, почетный и заслуженный профессор Киевского университета Святого Владимира, помимо медицинских, имел немало других интересов в самых неожиданных для врача областях и был невероятно интересной фигурой отечественной науки.

При жизни этого блестящего человека с фантастической по масштабам и успешности частной врачебной практикой в Киеве мало кто помнил, что когда-то он приехал из родной Саксонии в Украину с одной котомкой [2]. Выпускник Дрезденского и Лейпцигского университетов, доктор медицины и философии Фридрих Меринг был приглашен известным малороссийским богачом и меценатом Г.С. Тарновским на службу врачом в его поместье Качановке Черниговской губернии [18].

Титулярный советник, позже – камер-юнкер Григорий Степанович Тарновский, землевладелец и предприниматель-сахарозаводчик, член Свободного экономического общества в Санкт-Петербурге вошел в историю Украины больше как крупнейший меценат.

Служитель муз и покровитель искусств, сочинитель музыки и художественной прозы, в своем имении он собрал огромную библиотеку, основал картинную галерею. Его Качановский дворец озарили лучи «солнца русской поэзии» А.С. Пушкина и Великого Кобзаря Украины Т.Г. Шевченко; этот дворец слышал произведения в исполнении Н.В. Гоголя и смех его слушателей, был полон мелодий романсов и опер М.И. Глинки, видел Марко Вовчка, Николая Костомарова, Пантелеймона Кулиша, Василия Штернберга, Илью Репина, Николая Ге, Николая Бодаревского, Михаила Врубеля, Николая Мурашко и других выдающихся художников слова и кисти [15].

К тому времени, когда Федор Федорович приехал в Качановку, он уже имел немалый врачебный опыт, полученный им за время практики на курорте Карловы Вары, в с. Буромка Золотоношского уезда Полтавской губернии, в Первом сухопутном госпитале Санкт-Петербурга под руководством Н.И. Пирогова. Первое пребывание Меринга в Качановке совпало с пери-

одом, когда после подтверждения степени доктора медицины Федор Федорович ожидал результатов конкурса на должность профессора в Киевском университете Св. Владимира [1].

О том, что Г.С. Тарновский был равнодушен к медицине, свидетельствует тот факт, что, согласно его завещанию от 1837 г., вся прибыль от его имущества должна была пойти на учреждение и содержание медицинского факультета этого университета. О теплых отношениях в кругу единомышленников Г.С. Тарновского свидетельствует картина «За чайным столом» (1851) русского художника А.Я. Волоскова, на которой изображено чаепитие в Качановском дворце. Это полотно, ныне экспонирующееся в Русском музее в Санкт-Петербурге, изображает Ф.Ф. Меринга в кругу хозяев и гостей Качановки [14].

Освоившись в новой языковой среде, Федор Федорович нашел на Украине свою любовь и судьбу. Воспоминания о пейзажах маленькой, но очень известной всему миру Саксонии благодаря хрупкому Мейсенскому фарфору, о студенческом Дрездене – культурной столице Европы с изысканной архитектурой, оранжереями и картинными галереями – уже не столько вызвали у него ностальгию, сколько вдохновляли на ландшафтное творчество. Если в отношении авторства дворцовых зданий Качановки выдвигаются различные гипотезы, вплоть до времен Екатерины II, то среди садоводов XIX в. – авторов планировочных решений парка, как и соседнего Тростянецкого ландшафтного парка Скоропадских – известно лишь имя Ф.Ф. Меринга. Нам теперь трудно предполагать, насколько повлиял на формирование композиции Качановского парка врач-эстет, учившийся в лучших университетах Германии, но исследователи истории Качановки подчеркивают, что именно в период 1840-х – начала 1850-х гг. этот дворцово-парковый комплекс сформировался в том окончательном виде, который и по сей день сохраняется реставраторами. Сотрудникам заповедника известно о планировании Мерингом соседнего, Тростянецкого, парка и ряда клумб и композиций Качановского парка. В переписке Тарновских как садовник упоминается именно Ф.Ф. Меринг [18].

Но это неудивительно. По воспоминаниям поэта и этнографа Николая Маркевича, большого ценителя цветов и растений, опытных садоводов «выписывали» в богатые украинские имения из-за рубежа, и это были преимущественно немцы. Маркевич поэтически называл их специально придуманным титулом «крокосмейстер» и писал о них как о «важном чине у нас в Малороссии» [13]. Но это были не просто садоводы немецкого происхождения, нередко это были люди с высшим медицинским образованием. Ведь учебные традиции медицинских университетов Германии, сформированные в начале XIX в., предусматривали подготовку медиков в том числе и как знатоков ландшафтной архитектуры, которые должны были уметь выбирать

растения как по художественным достоинствам, так и по качествам оздоровительным.

Высокий дух и творческая атмосфера Качановки с чайным столиком Тарновских, самоварами на скатертях в залах и беседках – все это позже, в светливом Киеве, вызывало у Ф.Ф. Меринга воспоминания о лучших мгновениях его молодости. А рассказы о жителях Качановки и ее сказочном парке поддерживали учителя Меринга – Н.И. Пирогова после отставки последнего и вдохновили его на создание собственного сада и аллей в имении Вишня под Винницей [19]. Знание и опыт паркостроительства позволили Федору Мерингу превратить в настоящий сад и собственную усадьбу в центре Киева. О «Меринговском саде» киевляне помнили даже после его перепланировки наследниками профессора в несколько улиц между Крещатиком и Банковой.

Врач-терапевт и гигиенист, Федор Федорович ценил дворцово-парковую архитектуру как наиболее гармоничную, предназначенную для творчества и отдыха, общения с природой. Наверное, не только эрудиция и профессионализм, но и душевность, и общительность Меринга определили особый статус этого редкого по благоустройству парка-сада. Поднимаясь террасами от Крещатика до Липок, сад профессора был открыт для посетителей [12]. Зимой на пруду устраивали городской каток с музыкой и буфетом. Отдыхающие могли легко спуститься к главной аллее от перекрестка Анненковской и Банковой улиц. На этом месте позднее были устроены лестницы для общего пользования, а эта связь Банковой улицы с парком в дальнейшем стала органичной частью композиции собственного дома архитектора В.В. Городецкого [9]. Оборудование Меринговского сада, на длительный период вошедшего в городское пространство Киева, составляли замечательные объекты: пруд с деревянным павильоном для катка, три оранжереи, каменная под гонтом купальня, четыре флигеля, один из которых с мезонином опять-таки под гонтом, другой – на четырнадцать комнат с мастерской, кузница и другие вспомогательные сооружения.

Федор Меринг уважал установленный в Киеве порядок и традиции застройки, но при этом стремился к эффективному использованию земли. Первый ряд своих домов, выходящих на Крещатик, профессор ограничил тремя с мансардой и двумя, во втором корпусе, этажами, а второй ряд зданий с внутренним двориком имел четыре жилых этажа. Магазины и комнаты для найма, расположенные на Крещатике, не уступали соседним – аптеке Зенделя и другим успешным заведениям главной улицы. К тому же, соседями киевской усадьбы Меринга в то время были художник Н.Н. Ге и коллекционер искусства, энтузиаст собирания старины В.В. Тарновский-младший [9, с. 480].

По скромным подсчетам, исходя из архивных чертежей, площадь усадьбы Федора Меринга с парком – между нынешними улицами Крещатик, Ин-

ститутской, Лютеранской и Банковой – была не меньше 11,5 гектаров [6]. А второй участок Меринга на противоположной стороне улицы Банковой был застроен в 1877 г. по его заказу комплексом из четырех административных зданий по проекту известного зодчего А.Я. Шиле, автора здания Киевской городской Думы. Этот комплекс арендовал у профессора Главный Штаб Киевского Военного Округа [10]. Именно эти здания, реконструированные и перестроенные в советское время, сейчас используются в составе комплекса Администрации Президента Украины.

Будучи гласным городской Думы [5], Ф.Ф. Меринг принимал активное участие в жизни города, в развитии культуры и обсуждении различных вопросов. Он был членом комиссии, которая утверждала репертуар киевских сцен [10 с. 301]. Федор Федорович обладал редким даром собирать вокруг себя людей разных взглядов и характеров и обращать их в своих друзей. Причиной тому были естественное обаяние, чувство юмора и, безусловно, удивительный такт и способность видеть в каждом собеседнике что-то особенное, талантливое. Так же, как его учитель Н.И. Пирогов, Меринг помогал студентам-медикам в их первых научных шагах, финансировал студенческие исследования, вкладывал средства в университетскую библиотеку [20]. Крупное состояние знаменитого на весь Киев врача не было его самоцелью, а лишь средством для многих благотворительных дел и призваний.

Кроме имений в Киеве, Ф.Ф. Меринг владел также другими, которые тщательно подбирал и как врач, и как паркостроитель. Чего стоит только одна лесная дача – так называемый «Антопольский лес» вблизи села Уладовки Подольской губернии (ныне на Винничине) площадью 135 десятин [6], где находились целебные ключи с минеральной водой, обладающие, согласно местным епархиальным сведениям, «чудодейственной силой». Пожалуй, идея Меринга обустроить минеральный курорт занимала профессора с юности, когда он начинал карьеру врача на всемирно известном курорте Карловы Вары.

О курортном пансионате дяди профессора в Карловых Варах, как и о многих других интересных подробностях из жизни Мерингов, стало известно из рукописи выдающегося историка медицины, почетного члена Украинского республиканского хирургического общества и Всесоюзного общества историков медицины, кавалера орденов Ленина, Красной Звезды, Великой Отечественной войны I ст. профессора Сергея Авраамовича Верхратского (1894–1988) – уроженца Винничины, лично знавшего внука Ф.Ф. Меринга Сергея Сергеевича. Эта рукопись 1987 г. под названием «Жизнь одной семьи в трех поколениях», переданная в 2012 г. сыном С.А. Верхратского в дар Национальному музею медицины Украины, была не единственным своеобразным художественно-документальным произведением С.А. Верхратского, но, несомненно, самым значимым.

Достаточно сказать, что повесть о Мерингах Верхратский, проживший долгую, насыщенную событиями жизнь, написал за год до своей смерти. Казалось бы, многие другие яркие события его жизни: годы учебы на медицинском факультете Новороссийского университета в Одессе, работа в полевом госпитале на Кавказском фронте в годы Первой мировой войны, полтора десятка лет службы главным врачом земской, затем – районной больницы в с. Старая Прилука на Винничине, работа в Днепропетровской и Черкасской областях, в Донецком медицинском институте, служба главным хирургом эвакогоспиталя 3443, с которым во время Великой Отечественной войны С.А. Верхратский прошел путь от Торжка до Тильзита, 25 лет заведования кафедрой госпитальной хирургии в Ивано-Франковском медицинском институте – в первую очередь должны были вдохновить ученого, писавшего мемуары на склоне лет. Но даже первый на украинском языке, изданный в конце 1960-х гг. учебник по истории медицины, был не столь глубоко личным и памятным.

Судьбоносным совпадением к 190-летнему юбилею профессора Ф.Ф. Меринга стало не только появление сведений о его семье из рукописи С.А. Верхратского, но и знакомство с праправнучкой Ф.Ф. Меринга, внучкой Сергея Сергеевича Меринга – последнего владельца Староприлуцкого дворца, поведавшего историю семьи Мерингов Сергею Авраамовичу – Еленой Васильевной Козий – историком, директором музея истории Первого Киевского медицинского колледжа. Семейные фотоматериалы Елены Васильевны стали прекрасным дополнением к романтическим и увлекательным историям нескольких поколений уникальной семьи.

Как это часто бывает, дети берут пример со старших. Убедительные образцы жизненной позиции показал Ф.Ф. Меринг своим наследникам не только в образованности и служении своему делу, но и в бережном и целенаправленном обустройстве семейного благополучия, поднятого им на аристократический уровень. Пожалуй, в отличие от старшего брата Михаила, человека аналитического склада, средний сын профессора Сергей в наибольшей степени унаследовал от отца чуткое отношение к культуре, главным образом – увлечение искусством.

Сергей Федорович Меринг стал известным коллекционером живописи, а также рачительным хозяином в своих усадьбах и на сахарных заводах. Специальностью Сергея была экономика, поэтому он так же удачно, как отец, совмещал свои увлечения с финансовым обеспечением дел [7]. Продав унаследованное от отца имение в с. Овечачье Бердичевского уезда, Сергей приобрел вместе с остатками художественной коллекции Здзеховских, последних владельцев городка Прилуки, их дворцово-парковый комплекс (ныне в с. Старая Прилука Липовецкого района Винницкой области).

Прилуцкий дворец, построенный во второй половине XVIII в. и позже приспособленный польскими аристократами для экспонирования предме-

тов живописи, декоративно-прикладного искусства и нумизматики, мебели и других коллекций, был около 1906 г. достроен и завершен Сергеем Мерингом в стилистике необарокко в духе киевского Мариинского дворца. У владельцев Прилуцкого имения экспонировались произведения Рафаэля, Мурильо, Платонова, Сверчкова. Работы последнего, профессора Академии живописи, в свое время входили в коллекцию Наполеона Бонапарта [21].

В Прилуцком парке Сергей Меринг осуществил посадки декоративных и плодовых деревьев, устроил оранжерею. Интересно, что именно в этом парке, расположенном на луке реки Десны, что стало поводом для его названия, находятся остатки укреплений древнерусского града Прилук, который стал добычей князя Владимира Галицкого в его войне против Всеволода Ольговича, в то время Великого князя Киевского: об этом свидетельствует Русская летопись 1146 г. Аура этого места просто невероятная. Ведь здесь на одном участке сошлись русские древности, которые можно просто доставать из земли на огородах вдоль берега, польское наследие, западноевропейское и русское искусство, отечественные – украинские и российские – научные достижения и даже испанский шарм: нарядный двухэтажный дворец-великан с мезонинами и террасами, сам по себе прекрасный, получил еще, по желанию жены Сергея Федоровича, испанки Терезии, оригинальные интерьеры в мавританском стиле.

Но едва ли не самой крупной культурной сенсацией наследия Мерингов стала находка их сокровищ в селе Старая Прилука. Сергей Федорович, министр экономики последнего украинского гетмана Павла Скоропадского, оставил усадьбу во время революционных потрясений и эмигрировал вместе с семьей в Вену [16], едва успев спрятать наиболее ценные произведения искусства в междуэтажном перекрытии.

Клад Сергея Меринга удивительным образом пережил две войны и был найден во время ремонта дворца уже в 50-е гг. XX в., когда Староприлуцкой школе-интернату было необходимо улучшить состояние помещений спального корпуса, под который использовали бывший дворец. В 1956 г. рабочие, начавшие ремонт перекрытий, были шокированы: через раскрытую дранку появились картины в изысканных рамах. [17] Сегодня часть этой коллекции, которую удалось сохранить, вошла в фонды и постоянную экспозицию Винницкого областного художественного музея. Одно из полотен – настоящая жемчужина клада Сергея Федоровича – портрет его отца, профессора Ф.Ф. Меринга кисти Н.Н. Ге.

Внуку Ф.Ф. Меринга Сергею Сергеевичу Мерингу не было суждено воспользоваться наследством и славой предков. Его судьба была трагичной: родившийся и получивший образование в Европе Сергей Сергеевич настолько любил Родину, что с восторгом принял предложение советского

дипломата Г.В. Чичерина переехать в СССР, где в 1937 г. был репрессирован и расстрелян.

Предпринимательский талант Ф.Ф. Меринга, редко принимавшего плату со своих многочисленных пациентов и сделавшего состояние почти исключительно на операциях с недвижимостью [22], унаследовали его сыновья. В условиях растущего капитализма парковая территория с десятков гектаров в самом центре Киева не могла долго оставаться таковой при огромном спросе на землю в бурно растущем городе, наращивавшем этажность домов. В конце XIX в. все это обусловило реконструкцию главной усадьбы Меринга, которая придала дух и пространство новым фешенебельным кварталам старой столицы [4]. Особым украшением этого места, распланированного под улицы и застройку домостроительным обществом во главе с сыновьями Ф.Ф. Меринга Михаилом и Сергеем, стал знаменитый театр Соловцова – ныне Национальный академический драматический театр имени Ивана Франко [23].

О судьбах дочерей Ф.Ф. Меринга известно, главным образом, благодаря его духовному завещанию: о замужестве старшей дочери Софии Федоровны за графом Кановицыным и младшей Надежды Федоровны – за Телепневым. Сыновья профессора были младше сестер, и первойшей заботой родителей было образование мальчиков. Невзирая на занятость и возраст, Федор Федорович уделял им много внимания и настаивал на университетском образовании, что составляло одну из главных традиций и твердых устоев семейства Мерингов. Больше всего хлопот профессору доставил младший сын Владимир, который, как следует из завещания, учился в коллегии Павла Галагана, но продолжать учебу в университете не желал. Федор Федорович поставил Владимиру окончание университета обязательным условием получения части имущества. Впоследствии Владимир женился на дочери первой жены графа С.Ю. Витте.

До недавнего времени не было известно, выполнил ли младший сын профессора Меринга условие отца, прописанное в завещании. И вот в марте 2015 г. имя Владимира явилось из прошлого на аукционе раритетов Сотбис – в связи с атрибутированием картины из коллекции Владимира Федоровича Меринга. По сведениям лондонского искусствоведа Камиллы Шушанян, он выполнил условие отца. Проживал в Киеве с женой Марией Сергеевной по адресу: Большая Житомирская, 28. В 1910-е гг. принимал активное участие в работе Юго-Западного Товарищества поощрения рысистого коневодства. Коллекционировал мебель и картины, а в 1915 г. продал свой дом. С именем Владимира Меринга в среде знатоков Киевской старины связана почти анекдотическая история о художнике М.В. Нестерове, рассказанная Михаилом Кальницким: «Уехав из Киева, Нестеров не раз посещал город на Днестре, с которым сроднился, и где остались многие его прекрасные работы. Одну

из них – картину «На горах» – он особенно любил. Она была написана им в родной Уфе и навеяна одноименным произведением известного писателя Мельникова-Печерского. Эту картину купил киевский богач Владимир Меринг, живший на Большой Житомирской, 28, и рассказывали, что, если Нестерову доводилось проезжать вечером в трамвае по этой улице, он всегда становился на вагонную скамью, откуда мог разглядеть в освещенном окне свое произведение. А уже в советское время Михаил Васильевич с радостью убедился, что картина не пропала — он нашел ее в одном из музеев Киева. Он бросился к ней со словами: «Голубушка моя, где же ты столько лет пропала? Как ты жила все эти годы нашей разлуки? И как это ты уцелела?» Дольше этот шедевр Нестерова украшает коллекцию Киевского музея русского искусства».

Таким образом, постине потрясающее врачебное и культурное наследие профессора Меринга продолжает удивлять и радовать его ценителей вот уже полтора века. Остается надеяться, что в жизни все далеко не случайно, и новые открытия грядущих исследователей продолжат возвращение добрых имен в историю отечественной науки и культуры.

Литература

1. *Бородулин В.И., Бревнов В.П.* Профессор Ф.Ф. Меринг и клиника внутренних болезней в России во второй половине XIX века (к истории факультетской терапевтической клиники Университета Святого Владимира) // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2000. – № 2. – С. 55-58.
2. Воспоминания В.Л. Ершовой [О Сергее Сергеевиче Меринге] // www.varsanofiev.com/kuznetsoff/VeraErshova.htm.
3. Державний архів міста Києва (ДАМК). – Ф. 100, оп. 1. – Справа № 1609. – Арк. 91-зворотний.
4. ДАМК. – Ф. 163, оп. 7. – Справа № 1244. – Арк. 22.
5. *Добронравова Е.* Платишь налоги – выбираешь себе власть // Контракты. – 2000, декабрь. – № 52.
6. Домашнее духовное завещание Ф.Ф. Меринга // Опись страховых документов по имуществу г[оспод] Мих[аила], Серг[ея] и Влад[имира] Федоровича Меринг, находящемуся в дворцовой части г. Киева – участок по ул. Банковая. – ДАМК. – Ф. 100, оп. 1. – Справа № 1609. – Арк. 50-51.
7. *Дорош І.А.* До історії літописного містечка Прилуки / Подільська старовина: Зб. наук. праць. – В.: Вінницький обл. краєзн. музей, 1993. – С. 152.
8. *Жуковский Л.И.* Выдающийся отечественный приоритет в области кардиологии (из истории описания клинической картины и разработки прижизненной диагностики инфаркта миокарда) // Клин. медицина. – 1961. – № 12. – С. 112-114.
9. Киев: Энциклопедический справочник / Под ред. *Кудрицкого А.В.* – К.: Гл. редакция УСЭ, 1982. – С. 347.
10. *Ковалинский В.В.* Меценаты Киева. – К.: Кий, 1998. – С. 49-50.
11. К симптоматологии и диагностике тромбоза венечных артерий сердца / Проф. *Образцов В.П., прив.-доц. Стражеско Н.Д.* – М.: Тов-во типогр. А.И.Мамонтова, 1910. – С. 20.

12. Малаков Д.В. Архітектор Городецький. Архівні розвідки. – К.: Кий, 1999. – С. 53.
13. Маркевич Н. Украинские мелодии. – М., 1831. – С. VIII.
14. Населевец Н. Родина Тарновських// Родовід. – 1996. – № 14. – С. 17-23.
15. Панета С. Качанівка// Родовід. – 1996. – № 14. – С. 31.
16. Повідомлення Консульського відділу Посольства України в Австрійській Республіці № 260/КВ від 21.05.1996 р. (з родинної збірки історика Олени Козій, праправнучки Ф.Ф.Мерінга).
17. Постоловський І. Ні, не все... // Вінницька правда. – 1957. – 21 червня. – С.3.
18. Родичкин И.Ю. Качановка: история создания, культурная жизнь, персоналии// Ландшафтный дизайн-Украина. – 2000. – № 3. – С. 5.
19. Солейко Л., Солейко Е., Царенко С. Профессор Федор Меринг: Возвращение в историю отечественной науки. – Винница: НОВА КНИГА, 2005. – 174 с.
20. 150 лет Киевскому медицинскому институту/ Гончарук Е.И., Зайко Н.Н., Бобрик И.И. и др. – К.: Здоровье, 1991. – С. 34.
21. Тарутинова И.В. Дворец в селе Старая Прилука Винницкой обл. Липовецкого района: Историческая Записка // Комплексные научные изыскания проекта реставрации. Т.5. – К.: СНПРИ «Укрпроектреставрация», 1995.
22. Тахри И.С. Шараф Уль-Гин. Три жизни Сергея Бояршинова, банкира и художника. – СПб: Геликон-Плюс, 2001. – 176 с.
23. Ясевич В.Е. Архитектура Украины на рубеже XIX-XX веков. – К.: Будівельник, 1988. – С. 24.

ВИННИЦКИЙ ГОРОДСКОЙ ГОЛОВА ДОКТОР ОВОДОВ

*Солейко Е., Солейко Л., Царенко С.
Винницкий национальный медицинский университет
имени Н.И. Пирогова (Винница, Украина)*

История медицины знает немало примеров, когда дипломированные врачи, обладая разнообразными талантами, становились известными, благодаря своей деятельности отнюдь не медицинского направления. Благодаря такому «труэнтизму»⁶² Германия получила Фридриха Шиллера, который до своих профессиональных занятий музыкой служил полковым врачом, Франция гордится произведениями врача Лионского госпиталя Франсуа Рабле, а Англия – детективами сэра Артура Конан Дойля, доктора медицины, корабельного лекаря и ветерана Англо-бурской войны. На медицинских факультетах университетов учились Михайло Ломоносов и Гектор Берлиоз.

Труэнтизм в полной мере был присущ и нашим соотечественникам – российским и украинским врачам. Немногим известно, что автор знаменитого «Толкового словаря живого великорусского языка» В.И. Даль успешно совмещал деятельность писателя, исследователя русского языка и доктора: он был личным врачом А.С. Пушкина. Врачи А.П. Чехов и М.А. Булгаков, В.В. Вересаев и Ф.Г. Углов, отдавая дань служению музам, обогатили своими трудами разнообразные жанры литературы. Выдающийся киевский профессор-терапевт Ф.Ф. Меринг в молодые годы разбивал парки в усадьбах Тарновских в Качановке и Скоропадских в Тростянце на Черниговщине, а будучи гласным городской думы в Киеве, входил в состав комиссии по репертуару театров [3].

В творческой плеяде врачей Подолья особое место принадлежит человеку широкого кругозора и неординарного мышления – Николаю Васильевичу Оводову, который в марте 1899 г. был избран городским головой Винницы и возглавлял город в течение 18 лет. Именно Оводов превратил Винницу из провинциального уездного городка в город европейского уровня.

Родился Н.В. Оводов 17 (29) ноября 1864 г. в Воронежской губернии в обедневшей дворянской семье [5]. После гимназии изучал медицину в Киевском университете Св. Владимира. Именно там под влиянием корифеев медицины и эрудитов литературы, живописи, скульптуры, архитектуры, драматургии и театра – профессоров Ф.Ф. Меринга и К.Т. Тритшеля, Г.Н. Минха и Ю.И. Мацони, А.В. Ходина и В.В. Подвысоцкого, В.А. Караваева, А.П. Матвеева и многих других замечательных наставников, учивших медицине, используя творческие знания для более яркого и образного преподавания кли-

⁶² От англ. truent – лодырь, прогульщик. Здесь – занятия врачом деятельностью, напрямую не связанной с медициной – прим. ред.

нических проявлений, занимаясь как устройством праздников для студентов, так и сооружением университетских клиник – формировалось мировоззрение будущего организатора, эстета и главы Винницы Николая Оводова.

7 марта 1889 г. департамент Подольского губернского управления назначил Н.В. Оводова Ямпольским городским врачом, а в апреле следующего года он был переведен на такую же должность в Винницу. Одновременно в 1890 г. Николай Васильевич стал врачом местного Реального училища, а в 1897-м – консультантом по хирургическим болезням Винницкой окружной психиатрической больницы.

В 1892 г. Подольский губернатор циркуляром от 28 января выразил Н.В. Оводову благодарность за плодотворную и полезную для общества деятельность. В 1893 г. Н.В. Оводов был награжден чином титулярного советника, в 1895 г. – коллежского асессора, а в 1897 г. – надворного советника. За борьбу с холерой в 1894 г. он был пожалован орденом Св. Анны III ст., пополнив ряды кавалеров этого ордена – своих славных учителей из Университета св. Владимира. В 1897 г. Николай Оводов стал кавалером ордена Св. Станислава II ст., а в 1902 г. – Св. Анны II ст.

Плодотворной профессиональной и общественной деятельностью доктор Оводов завоевал уважение жителей города, избравших его городским головой [1]. Винничане не ошиблись. Ведь именно под руководством Н.В. Оводова произошло бурное развитие города над Бугом-рекой. Нет, Николай Васильевич не позволял себе решать все вместо других, вместо специалистов. Человек искренний и понимающий, он собрал вокруг себя таких же по-настоящему творческих, умных, талантливых мастеров своего дела. Как только в сентябре 1899 г. в Виннице поселился гражданский инженер Г.Г. Артынов, строитель железнодорожной и шоссейной инфраструктуры Вольны и Подолья, Н.В. Оводов немедленно предложил ему стать городским архитектором – первым в истории Винницы главным архитектором города. И Григорий Григорьевич, служащий военного ведомства, с июля 1900 г. по совместительству присоединяется к работе городской управы в качестве эксперта, а фактически – в качестве проектировщика электрической сети, трамвая, водопровода и канализации, новых улиц и бульваров, городских гимназий и гостиниц, кинотеатров, промышленных предприятий, городского театра... Всего этого не было в Виннице в начале XX в. Все это появилось здесь меньше чем за полтора десятилетия.

В это время художник и спортсмен, преподаватель Реального училища и основатель первого общества потребителей Вячеслав Коренев организывает первый винницкий музей, а приглашенный в город композитор Николай Леонтович собирает хор, с которым начинает выступления в новом городском Летнем саду. Увлеченный деятелями-земляками художник городского театра Натан Альтман – в будущем выдающийся авангардист, автор знаменитого

портрета Анны Ахматовой – создает серию дружеских шаржей на патриотов города, собранных Н.В. Оводовым почти со всех концов Российской империи. Директором вновь построенной гимназии в бывших иезуитских Мурах – в старинном образовательном ядре, возрожденном и благоустроенном благодаря усилиям городского головы – назначается бывший помощник попечителя Киевского учебного округа ученый-филолог Павел Адрианов, который привозит в город библиотеку, в том числе – подаренный профессором Университета Св. Владимира Юлианом Кулаковским экземпляр его научного труда «Карта Европейской Сарматии по Птолемию» ... Жаль, что из-за транспортных проблем не удалось до наших дней сохранить на главной улице города «Бульвар Оводова» – именно так жители называли зеленую артерию, которая пролегла от отеля «Савой», построенного Артыновым, с центральным отоплением и электрическим лифтом, что в те годы было большой редкостью, к выстроенной им же новой женской гимназии. Теперь этот бульвар можно увидеть только на старинных почтовых открытках. Но еще много десятилетий подряд старожилы Винницы будут называть дом, в котором жил дореволюционный городской голова, «домом губернатора Оводова». Настолько весомой в народной памяти была фигура Николая Васильевича.

Образовательная деятельность была для Николая Оводова едва ли не важнее медицины. Как рассказала современный винницкий краевед В. Колесник, вероятно, именно Николай Васильевич, опекун гимназии в старинных Мурах, под псевдонимом «Омикрон» посвятил этому архитектурному комплексу Винницы известный очерк «Винницкие Муры как источник просвещения в крае». И действительно, печатая под этим же псевдонимом статьи по вопросам развития медицинского дела и больниц в газете городской Думы «Юго-Западный край», редактором и фактическим автором которой он был, Оводов принципиально отказывался от гонораров и оставался при этом почти неизвестным. Мэр хотел сохранить инкогнито, возможно, чтобы не дать повода для критики за «несоответствующее» должности занятие. Очерк Николая Васильевича о Мурах с тонким анализом жизни образовательных центров, их театральной самодеятельности, вообще винницкой истории остается познавательным источником, переиздание которого в 2010 г. областным краеведческим музеем под руководством директора Е. Высоцкой, под научной редакцией В. Колесник, снова вернуло нам величественные образы земляков. Изысканно-остроумным представляется также псевдоним Оводова «омикрон» – пятнадцатая буква греческого алфавита. Ее название означает «омега малая» в отличие от «омеги большой». Пожалуй, можно предполагать, что на выбор такого псевдонима повлияла дружба с винницкими интеллектуалами греческого происхождения – Артыновым и Адриановым. Возможно, «Омикрон» указывал также и на первую букву настоящей фамилии городского головы [2].

Знаковым и удачным винницким тандемом начала XX в. было сотрудничество Н.В. Оводова с Г.Г. Артыновым. Кроме названных объектов, средоточием незаурядного культурного шарма Винницы стали здания городской Думы, украшенные старинной городской геральдикой, и «Городской библиотеки в память Николая Гоголя» (Гоголевской). Посвящение библиотеки Н.В. Гоголю Н.В. Оводов и Г.Г. Артынов выбрали не столько из-за приближения 100-летия великого писателя, сколько благодаря памятной дружбе с Н.В. Гоголем старших родственников Г.Г. Артынова – одноклассников писателя в Нежинском лицее.

Созидательная деятельность Николая Оводова вдохновляла на патриотизм и творчество на благо своего города, края, страны и младшее поколение винничан, в первую очередь – детей самого Григория Артынова. Старшая дочь Елена, закончившая построенную отцом гимназию с серебряной медалью, всю жизнь учительствовала в своей alma-mater. Вторая дочь – Софья Григорьевна, кавалер трех медалей сестры милосердия, в том числе и Большой Николаевской медали «За усердие», в годы Первой мировой войны в составе отдельной российской миссии трудилась в госпиталях Монако, а средняя Эмилия служила сестрой милосердия и была авиатрисой в уникальном женском авиационном отряде при Особоуполномоченном Российского Общества Красного Креста Александре Гучкове (печально известном причастностью к отречению Николая II) [4].

Неслучайно генерал А.А. Брусиллов, будущий командующий фронтом и организатор знаменитого «Брусилловского прорыва» Первой мировой войны, живя в Виннице по соседству с семьей Артыновых, обращал внимание и на милых людей, и на высокий уровень новых зданий, стоящих как чудо, достойное столицы, рядом с мирно разгуливающими по переулкам гусями и поросятами. Ведь в это же время в знаменитом на всю Винницу «алебастровом» Белом зале – зале заседаний городской Думы, звучал изысканный белый рояль, специально выписанный из Санкт-Петербурга. Два эстета – Н.В. Оводов и Г.Г. Артынов – тщательно подбирали рояль не только по звучанию, но даже по оттенкам белого цвета ради полной художественной гармонии в главном помещении города. Как большой ценитель музыки Н.В. Оводов раскрывается в статье «12 Евангелий». Остановившись на пьесе А.В. Кольцова, исполненной на службе в Казанской церкви Винницкого городского управления силами артистов городского театра и общего хора, Николай Васильевич пишет: «Об этой новой пьесе нельзя не сказать несколько слов. В ней сугубо церковный стиль соединен с итальянской классической музыкой, которая всегда волновала и будет волновать россиян, которые молятся. Мелодии, предоставленные солистами, были хорошие, а очень высокий унисон первых теноров и сопрано, не совсем церковный, однако был наполнен сильным религиозным чувством и создавал настроение истинного порыва

к Богу в мощной тоске за небом. Исполнение пьесы было замечательным. Хор, несмотря на большие контрасты аккомпанирования солистам, не терял органного звучания, к которому так стремился дирижер. Пьеса, конечно, может исполняться только большим хором при участии в нем музыкально развитых певцов с большими и поставленными голосами». Каким же был слух и музыкальный вкус у врача Николая Оводова!

На страницах газеты «Юго-Западный край», которая выходила с 1 июля 1912 г. по март 1917 г., найдены еще две статьи, подписанные псевдонимом «Омикрон»: «К открытию городской больницы» (1915), посвященную гласному городской Думы конца XIX в. Николаю Иосифовичу Дахновскому, который инициировал и на протяжении многих лет добивался открытия в Виннице городской больницы, и «Винницкий правящий викарий» (1916), посвященную выделению из Подольской православной епархии с центром в Каменце-Подольском самостоятельной Винницкой епархии с центром в Виннице во главе с «епископом Подольским и Винницким». В статье автор цитирует фрагмент письма Петроградского митрополита Питирима Винницкому городскому голове от 13 июля 1916 г., вновь однозначно подтверждающий личность адресата и свидетельствующий о широте его забот и заинтересованности.

Февральская революция 1917 г., к сожалению, перечеркнула многие мечты и планы Николая Оводова. Он был отстранен от исполнения обязанностей Винницкого городского головы 8 марта 1917 г. постановлением исполнительного комитета Совета общественных организаций. После революции вместе со второй женой Эмилией Яковлевной (урожденной Маркус) и детьми Ольгой и Николаем он переехал в Одессу. Высокий профессионализм, душевность натуры и широта интересов не позволили ему исчезнуть с родной земли – до самой смерти в 1941 г. Н.В. Оводов работал доктором.

Литература

1. Альбом городских голов Российской империи. – СПб: Издание Морского благотворительного общества, 1903. – С. 62.
2. Колесник В. Видавнична нотатка / Омикрон. Вінницькі Мури – як джерело освіти в краї: Видання 2. – Вінниця: ВМГО «Розвиток», 2012. – С. 13-17.
3. Солейко Л., Солейко Е., Царенко С. Профессор Федор Меринг: Возвращение в историю отечественной науки. – Винница: НОВА КНИГА, 2005. – С. 142.
4. Царенко С., Солейко Е. Звезда Григория Артынова, первого Винницкого Городского Архитектора / Царенко С.А., Солейко Е.В. – Винница: НОВА КНИГА, 2012. – С. 239-242.
5. Формулярный список по службе статского советника Оводова Н.В. – Государственный архив Винницкой обл. – Ф. Д-230, оп. 1. – Д. № 1256. – Л. 522.

**ПЕРВЫЙ ЗАВЕДУЮЩИЙ КАФЕДРОЙ ОБЩЕЙ БИОЛОГИИ
АРХАНГЕЛЬСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА
СЕМЕН ИОСИФОВИЧ РУБАШЕВ
(К 115-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)**

Чирцова М.Г.

ЦНИЛ ФГБУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России (Архангельск, Россия)

В 1932 г. в Архангельске открылся государственный медицинский институт (АГМИ, Институт). Для своих структурных подразделений вуз получил сначала часть, а впоследствии и все здание бывшей Архангельской городской думы на углу улиц П. Виноградова и Свободы, а в 1934 г. еще и здание бывшей Ломоносовской школы, располагавшейся напротив. Были выделены деньги на строительство специальных зданий для теоретических кафедр, закупку оборудования для лабораторий и соответствующих кабинетов, квартиры для профессорско-преподавательского состава и общежитие для студентов. Велась большая работа по набору студентов и их подготовке на Рабочем факультете и подготовительных курсах, по комплектованию Института преподавательскими кадрами. В декабре 1932 г. первый курс был укомплектован студентами, начались регулярные занятия, которые открылись 16 декабря лекцией по анатомии профессора М.К. Замятина.

Некоторые теоретические предметы, например, физика, сначала велись в Архангельском лесотехническом институте. Но постепенно кафедры АГМИ были переведены на собственную базу, и занятия проводили приглашенные со всей страны профессора и доценты, которых в первый год работы Института было всего 15 человек. В изданиях по истории АГМИ-АГМА-СГМУ указываются разные даты открытия кафедры биологии: либо 1933 г., под руководством доцента Григория Михайловича Литвера, либо 1935 г., когда кафедра под руководством того же доцента из дочерней структуры кафедры гистологии выделилась в самостоятельное структурное подразделение.

При подготовке к 80-летию СГМУ (б. АГМИ, АГМА) была проведена большая исследовательская работа, в результате которой были найдены новые факты и документы. Так, из статьи директора института доцента Павла Львовича Рапопорта «Пятилетие АГМИ», напечатанной в 1938 г. в IV выпуске сборника научных трудов вуза, выяснилось, что развертывание кафедр происходило в связи с переходом студентов с курса на курс в соответствии с учебными программами. Таким образом, в 1932/33 учебном году были открыты последовательно кафедры: философии, нормальной анатомии, физики, общей химии, гистологии, иностранных языков, физиологии, органической химии, биохимии, биологии, микробиологии.

Из документов по приему и увольнению профессорско-педагогического состава мы выяснили, что профессор Г.М. Литвер был командирован в АГМИ в январе 1935 г. и только на весенний семестр для заведования кафедрой биологии и чтения курса по общей биологии. С большой неохотой, после длительных письменных переговоров, он проработал в Институте 3 месяца. Прочитав «на высоком теоретическом уровне» лекции I курса, он уехал в командировку для закупки коллекций и в Институт уже не вернулся. По поводу продолжения работы он ставил перед руководством вуза ряд условий, требуя их неукоснительного исполнения. Отчет о работе прислал почтой. После его отъезда в том же году на должность заведующего кафедрой общей биологии был назначен доцент Филипп Наумович Бассин.

По тем же документам выяснилось, что организатором и первым заведующим кафедрой общей биологии в 1933 г. был другой ученый, один из откомандированных в Архангельск специалистов – Семен Иосифович Рубашев – зоолог, биолог, в то время – доцент Ленинградского Института охраны материнства и младенчества (ИОМиМ), владевший четырьмя иностранными языками, имевший несколько научных трудов и изобретений по динамике развития лосося, гибридов лосося и сига, изданный учебник по биологии для Комвузов (1925) и отданный в печать учебник по зоологии. Мы заинтересовались его биографией.

Семен Иосифович родился в Санкт-Петербурге 20 марта 1898 г. в семье частного поверенного. В 1920 г. окончил биологическое отделение физико-математического факультета Петроградского университета, получив специальность зоолога. Будучи студентом, он начал работать ответственным инструктором на скорой помощи (1919–1921), затем был приглашен ассистентом и ученым специалистом в Институт растениеводства Ленинградского университета (1925–1932). Он успешно вел преподавательскую и научную работу, писал труды и учебники, защитил докторскую диссертацию и был довольно известен в кругах ученых-биологов.

В 1932 г. Семен Иосифович перешел на должность и.о. доцента 2-го Ленинградского медицинского института и одновременно научного сотрудника ИОМиМ, переведенного в НИИ только что открытого учреждения «Больница-медвуз». Но в том же году был откомандирован в Архангельск на должность заведующего кафедрой общей биологии АГМИ.

Получив направление, Рубашев сразу же начал переписку с руководством Института по ситуации на кафедре. Его интересовало все: оборудование кафедры, предполагаемое количество штата и его наличие, возможность приглашения специалистов со стороны, которых он сам же и рекомендовал, заранее запросив информацию об их материальном и жилищном обеспечении и даже о предоставлении питания – где, как, в каком количестве. И не смотря на то, что предлагаемое ему самому обеспечение

было вдвое меньше того, что он имел в Ленинграде, он приехал к оговоренному сроку.

Семен Иосифович не только заранее разработал учебную программу преподавания, предлагая сначала дать студентам необходимую базу по физике и химии, но и предложил администрации института взять на себя заботы по закупке оборудования для лаборатории и таблиц для лекционных занятий, материалов, реактивов, микро- и макропрепаратов, стекол и животных для проведения опытов. Получив от Института деньги переводом, он привез все это с собой из Ленинграда.

22 сентября 1933 г. приказом № 93 по АГМИ за подписью директора института М.Ю. Кривицкого с 1 сентября 1933 г. С.И. Рубашев был зачислен в штат Института заведующим кафедрой общей биологии с оплатой по доцентской ставке за ведение кафедрой и чтение лекционного курса. За ведение практических занятий оплата была назначена дополнительно.

Как организатор кафедры Семен Иосифович провел огромную работу, давшую возможность обеспечить преемственность учебного процесса на кафедре. По разработанным им программам преподавание общей биологии было предложено вести в тесной связи с основными смежными теоретическими дисциплинами – анатомией, гистологией, физиологией, биохимией и патофизиологией. В течение года С.И. Рубашев вел лекционный курс, осуществлял руководство персоналом, выполнял огромную работу по созданию и оборудованию лабораторий и кабинетов, входил в состав Совета АГМИ (ныне Ученый совет СГМУ). Помимо этого, заведующий уделял много внимания обучению ассистента кафедры. В результате систематической совместной работы добился у него углубленных знаний в области морфологии и сравнительной анатомии, более углубленно ознакомил с физико-химической биологией.

Под его руководством на кафедре велась активная научная работа по исследованиям физиологии развития межродовых гибридов рыб, в результате которой он попутно закончил и свою докторскую диссертацию.

За год через кафедру прошли три курса студентов (наборы 1932, 1933 и 1934 гг.), у которых преподавательский состав с самого начала своей деятельности сумел возбудить внимание и вызвать серьезное и вдумчивое отношение к теоретическим вопросам биологии как к дисциплине, составляющей одну из важнейших теоретических основ медицинского образования.

Через год с помощью своего руководителя кафедра общей биологии встала на прочную основу и была готова к дальнейшему собственному проведению работ как по научно-исследовательской, так и по учебно-производственной линии. Приказом по АГМИ с 1 июля 1934 г. Рубашев был уволен в связи с выполнением работы на кафедре и уехал защищать докторскую диссертацию.

Семен Иосифович показал себя грамотным специалистом и управленцем, большим ученым, прекрасным педагогом и, видимо, замечательным руководителем, пекущимся не только о научных достижениях, но и не в последнюю очередь о людях, работающих под его началом. «Прекрасный лектор, опытный преподаватель, хороший организатор, чрезвычайно добросовестный работник и хороший член коллектива – вот качества, отличавшие С.И. Рубашева в течение года, проведенного им в Архангельском Мед. Вузе», – писал директор М.Ю. Кривицкий в справке о работе Рубашева.

После его отъезда коллеги написали руководству АГМИ коллективное письмо, подписанное работниками не только кафедры общей биологии, но и других структурных подразделений вуза. В нем они описали проделанную Рубашевым работу по обустройству и организации кафедры, обучению персонала и студентов, выражая ему глубокую признательность как профессионалу и человеку: «Принимая во внимание сказанное, научные работники Арх. мед. института считают, что работа Семена Иосифовича Рубашева, как первого организатора и руководителя кафедры, обеспечившего дальнейший расцвет кафедры, должна быть широко освещена перед общественностью всего Мед. Института».

В архивных документах мы не нашли сведений о том, куда уехал Семен Иосифович после увольнения, и как сложилась его дальнейшая судьба. Обращения в вузы Санкт-Петербурга пока остались без положительного ответа. Но наша настойчивость дала результаты, и на сайте центра «Возвращенные имена» при Российской национальной библиотеке была обнаружена следующая информация: «Рубашев Семен Иосифович: 1898 года рождения. Место рождения: г. Ленинград; еврей; б/п; ассистент кафедры биологии и помощник декана 2-го Ленинградского медицинского института. Место проживания: г. Ленинград, Петропавловская ул., д. 4, кв. 31. Арест: 22.09.1937. Осужден 27.11.1937 г. особой тройкой при УНКВД по Ленинградской обл. Обвинен по статьям 17-58-8 – пособничество террору, 58-10-11 – контрреволюционная агитация УК РСФСР. Расстрелян 05.12.1937. Источник: Ленинградский мартиролог: том 4, 1937–1938 гг.»

На этом же сайте мы нашли статью «Рубашевы, Вишняки, Зороховичи» Нины Мироновны Рубашевой, племянницы Семена Иосифовича по отцу. Она указала в ней его последнее место работы и подтвердила, что он защитил свою диссертацию по зоологии. Из статьи следует, что из всей большой и дружной семьи, состоявшей из студентов, юристов, инженеров, химиков и медиков, в живых после репрессий осталось всего 4 человека (2 женщины и 2 ребенка). Фамилию оставила только жена Миная Иосифовича – Анастасия Евгеньевна (урожденная Зеленцова), врач-рентгенолог. За это она была выслана в Курск. Вместе с сыном они пережили войну. После, не имея квартиры, она жила и работала в здании Рентгеновского института в Ленинграде,

откуда была вновь выслана в 1949 г. Последние годы жила с сыном в Киеве, преподавала в медицинском институте. Сотрудники Музейного комплекса написали письмо в центр «Возвращенные имена» с просьбой дать адрес Нины Мироновны. К сожалению, по данным нам координатам никто не отозвался.

Мы получили от работников сайта единственную известную на данный момент фотографию семьи, где есть и Семен Иосифович. Но так как разрешение фотографии очень маленькое, то сделать хороший портрет не удалось, даже с помощью современных технологий. Но, к счастью, при подготовке материалов к 100-летию академика Н.М. Амосова, в фотоальбоме его выпуска (1934–1939 гг.), последнего, который слушал лекции Рубашева, была найдена фотография Семена Иосифовича.

Можно только догадываться, попал ли биолог-зоолог Рубашев в мясорубку, связанную с противостоянием генетиков под руководством Николая Ивановича Вавилова и так называемых мичуринцев под руководством Трофима Денисовича Лысенко в области учений о биологических основах селекции, которая началась еще в 1936 г. или его аресту есть другие причины. Очень жаль, что работа этого удивительного человека на долгие годы была забыта, возможно, именно из-за его печального конца.

МЕДИЦИНСКИЙ МУЗЕЙ

МЕДИЦИНСКИЙ МУЗЕЙ: ГЕНЕЗИС И СИСТЕМАТИЗАЦИЯ

Пашков К.А., Чиж Н.В.

Центр развития историко-медицинских музеев Московского государственного медико-стоматологического университета имени А.И. Евдокимова (Москва, Россия)

Настоящая статья продолжает цикл публикаций (см. список литературы), посвященных медицинскому музею как уникальному социокультурному феномену, возникшему в результате интеграции здравоохранительной и культурно-просветительской деятельности.

Медицинский музей – учреждение или структурное подразделение организации, использующее экспозиционно-выставочные, учётно-фондовые, культурно-образовательные и научно-исследовательские технологии для формирования у целевой аудитории отношения к жизни и здоровью как к величайшим социальным ценностям, а также знаний о научной и практической деятельности по сохранению и укреплению здоровья, об исторических и современных средствах диагностики, лечения и профилактики заболеваний. Функционально-аксиологическая основа деятельности медицинских музеев – направленность на решение проблем общественного здоровья. Медицинские музеи отличаются от медицинских коллекций в составе музеев других типов, где они не являются лишь частью коллекций и экспозиций, не выполняя основных функций медицинского музея.

Примером медицинской коллекции в непрофильном музее является коллекция анатомических препаратов и медицинских инструментов XVIII в. в Музее антропологии и этнографии имени Петра Великого Российской академии наук. Анатомическая и медицинская коллекции хранятся и экспонируются в музее, как часть исторического наследия музея, послужившего началом его коллекции. В XVIII – XIX веках музей формирует коллекцию за счет сборов академических экспедиций и решает задачи по обеспечению Академии наук образцами иностранных и российских руд и минералов; здесь изучались флора и фауна России; сюда были привезены из экспедиций предметы быта, верований разных народов России, а позднее и всего мира, находки из «древних могил», то есть все то, что положило начало развитию наук этнографии и археологии. Это коренным образом

изменило профиль музея его анатомическая и медицинская коллекции стали только историей.

В современной отечественной музейной среде медицинские музеи, обладающие статусом самостоятельной организации, немногочисленны (например, Военно-медицинский музей). Преобладают музеи, являющиеся структурными подразделениями организаций медицинского профиля. Среди них можно выделить следующие типы:

- 1) музеи – структурные подразделения образовательных медицинских организаций;
- 2) музеи – структурные подразделения научно-исследовательских медицинских организаций;
- 3) музеи – структурные подразделения лечебных организаций;
- 4) музеи – структурные подразделения органов управления здравоохранением.

За рубежом существует ряд крупных медицинских музеев, обладающих организационной самостоятельностью.

Важнейшей категорией классификации музеев является профиль музея, который определяет состав коллекций, тематику экспозиций, содержание научных исследований и оказывает влияние на все направления музейной деятельности. Медицинские музеи не входят в рамки единого музейного профиля. С точки зрения профильной классификации, среди медицинских музеев можно выделить отраслевые музеи медицинской науки и здравоохранения, естественнонаучные музеи (анатомические, гистологические и т.д.), историко-бытовые музеи (например, Музей уездной медицины им. В.М. Бехтерева). Кроме того, в составе медицинских музеев встречаются элементы художественного музея (например, коллекции творчества душевнобольных в музеях психиатрии, произведения искусства, посвященные святым покровителям медицинского искусства в музеях истории медицины). Большинство медицинских музеев являются комплексными, т.е. сочетающими несколько традиционных профилей.

С точки зрения классификации по типу хранимого историко-культурного и природного наследия, в музееведении выделяются коллекционные, ансамблевые и средовые музеи. Среди медицинских музеев преобладают коллекционные музеи, т.е. музеи, основой деятельности которых являются собрания движимых материальных предметов. Представлены также ансамблевые музеи (например, Музей-квартира Зигмунда Фрейда в Вене, Музей психиатрической больницы Сан-Серволо, Музей старого операционного театра и Херб Гаррет).

С точки зрения целевой аудитории, среди медицинских музеев можно выделить ориентированные на широкую публику (как правило, таковыми являются самостоятельные музейные организации), на ограниченную не-

специализированную аудиторию (например, целевая аудитория музея медицинского учреждения включает пациентов данного учреждения), на узкоспециальную аудиторию (целевая аудитория музеев научно-исследовательских институтов – специалисты в конкретной научной области).

Формирование и оптимизация сетевой инфраструктуры специализированных учреждений являются важнейшим фактором, обеспечивающим системность подхода в любой сфере деятельности. Поэтому существенным шагом в деле развития российского музееведения следует считать появление Реестра медицинских музеев России, составленного в соответствии с Планом работы Совета по развитию историко-медицинских музеев при Министерстве здравоохранения Российской Федерации. Совет сформирован приказом Минздрава России № 527 от 5 августа 2013 года (Председатель Совета – заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации И.Н. Каграманян).

Целью данного проекта стало выявление медицинских собраний и коллекций, сохранение историко-медицинского наследия нашей страны, организация работы по поддержке и дальнейшему развитию этой деятельности в Российской Федерации.

Реестр является первым официальным сборником, в котором, на основе анкет-заявлений, разработанных заведующим кафедрой истории медицины МГМСУ им. А.И. Евдокимова К.А. Пашковым и заведующей музеем истории медицины МГМСУ им. А.И. Евдокимова Н.В. Чиж, по личному волеизъявлению учредителей, коллекционеров и хранителей сформирована предварительная картина существующих в Российской Федерации музеев и коллекционных собраний историко-медицинской направленности.

Для включения в Реестр (письмо Минздрава России от 13.12.2013 № 16-1/10/2-9377) предлагались все медицинские музеи и коллекции, музейные комнаты, постоянно-действующие выставочные экспозиции, находящиеся в структуре лечебных, научных, учебных учреждений, а также те, чья деятельность осуществляется на общественных началах. Соответствующие письма были разосланы в адрес руководителей органов здравоохранения субъектов Российской Федерации, учреждений здравоохранения Российской Федерации, директоров научных учреждений и ректоров вузов подведомственных Минздраву России.

На настоящий момент в реестре зарегистрированы 168 музея из 64 субъектов Российской Федерации. В качестве принципа первичного структурирования информационной базы был избран региональный принцип, позволяющий увидеть географию представленности медицинских музеев в субъектах РФ.

Официальным местом размещения в сети Интернет Реестра в соответствии с Решением Совета по развитию историко-медицинских музеев при Мин-

здраве России установлен историко-медицинский портал www.historymed.ru, для чего в его составе создан специальный раздел «Реестр медицинских музеев России». Кроме того в 2014 г. издавалась печатная версия Реестра.

Актуализация Реестра регулярно проводится сотрудниками Центра развития историко-медицинских музеев Российской Федерации, созданного приказом Минздрава РФ от 15.02.2015 г. № 48.

Как уже отмечалось, на 19 октября 2016 г. информационная база включает сведения о 168 медицинских музеях или музеях, хранящих медицинские коллекции, из 64 субъектов Российской Федерации. Около 97 % из них являются ведомственными и подчиняются Министерству здравоохранения РФ, остальные 3 % – музеи и выставочные комплексы, подведомственные Министерству культуры РФ.

Реестр дает обширную информацию о хронологии формирования медицинских музеев в России. В реестре представлены медицинские музеи, появившиеся в дореволюционной России, например, музей макропрепаратов кафедры патологической анатомии с секционным курсом ГБОУ ВПО ПГМА им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, (г. Пермь, 1916 г.).

После революции 1917 г. был создан ряд музеев истории отраслей медицины. В их числе – музей «История аптечного дела г. Санкт-Петербурга», основанный в 1919 году и реконструированный в начале 2004 г., и музей Федерального государственного бюджетного учреждения «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий» Минздрава России, открытый в 1919 г.

Основная масса медицинских музеев, представленных в реестре, была создана в период с 1980-х по 2000-х годы. Необходимо отметить тот факт, что строительство музеев продолжается и в настоящее время. Примером этого могут служить созданный в феврале 2014 г. «Музей медицины Калужской области» и открытый в июне 2016 г. «Музей истории Иркутского государственного медицинского университета».

80 % музеев России составляют музеи, созданные на базе образовательных организаций (вузов, колледжей), и музеи, созданные в учреждениях здравоохранения (больницах, клиниках, НИИ).

Среди музеев вузов сохранился такой традиционный для медицинских образовательных организаций функциональный тип, как музеи учебных пособий. В нашей информационной базе представлены подобные музеи. Так, в Пермской государственной медицинской академии им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России таких музеев два: Анатомический музей имени В.К. Шмидта и Музей макропрепаратов кафедры патологической анатомии с секционным курсом.

Основная масса медицинских музеев, представленных в реестре, является музеями конкретных учреждений, отражающими их историю. Создава-

лись эти музеи к юбилейным датам. Практически во всех экспозициях присутствуют портреты, личные вещи, научные труды ученых, внесших вклад в развитие учреждения и медицины в целом. В ряде случаев построены также интерьерные экспозиции мемориальных кабинетов выдающихся ученых. Примером может служить созданный в Музее истории Казанской государственной медицинской академии интерьер кабинета профессора Е.М. Лепского (д.м.н., зав. кафедрой детских болезней в 1921-1953 г.): рабочий стол, кресло, микроскопы, пишущая машинка, библиотека с личной печатью, иностранные книги, на полях которых представлены переводы, выполненные владельцем. В музее может присутствовать несколько подобных экспозиций. Так, в Музее истории медицины Алтая представлены мемориальные кабинеты профессоров Ю.М. Дедерера., З.С. Баркагана, И.И. Неймарк.

Среди медицинских музеев, вошедших в реестр, 4 % носят мемориальный характер и посвящены конкретному деятелю науки. Например, Мемориальный музей В.М. Бехтерева при Федеральном государственном бюджетном учреждении «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации организован в 1957 г. и отражает биографию ученого.

В девяти субъектах Российской Федерации созданы музеи краеведческой направленности, которые рассказывают об истории развития медицины в городах и регионах. К их числу относятся Музей уездной медицины им. В.М. Бехтерева в составе Государственного бюджетного учреждения культуры Республики Татарстан, Елабужский государственный историко-архитектурный и художественный музей-заповедник, Музей истории развития здравоохранения Республики Дагестан, Кабинет-музей дерматовенерологической службы Республики Башкортостан, Музей истории медицины Алтая (Алтайский край, г. Рубцовск) и др.

Коллекции около 77% музеев, представленных в базе, насчитывают от 1000 до 5000 единиц хранения основного и научно вспомогательного фонда. 3% музеев имеют в своих коллекциях менее 1000 музейных предметов, 18% – от 5000 до 20 000 и 2% – свыше 20 000 единиц хранения. Например, 5787 единиц хранения содержится в Музее истории Тихоокеанского государственного медицинского университета (г. Владивосток). 12179 единиц хранения (в основных фондах – 8726 единиц) – в Музее истории медицины г. Челябинска в Муниципальном бюджетном учреждении здравоохранения ордена Трудового Красного Знамени городская клиническая больница № 1 г. Челябинска.

Основу коллекций музеев составляют документы, фотографии по истории и современному состоянию учреждения, медицинские инструменты, личные вещи, мебель из кабинетов ученых, медицинское оборудование, документы,

книги, фотографии и живописные портреты известных врачей, ученых. Особую группу составляют музеи боевой и трудовой славы. Их в нашей базе 3%. Основу коллекций этих музеев составляют предметы, личные вещи, медицинское оборудование сотрудников, принимавших участие в боевых действиях в годы Великой Отечественной войны или тружеников тыла.

Все эти предметы требуют разных условий хранения. Однако 97%, представленных в информационной базе музеев не имеют специально приспособленных помещений для хранения музейных предметов по видам и типам источников. Все музейные предметы хранятся в одном помещении площадью от 30 до 80 квадратных метров и при одних условиях температурно-влажностного режима. Исключением являются музеи, подведомственные Министерству культуры: Государственное бюджетное учреждение культуры Республики Татарстан «Елабужский государственный историко-архитектурный и художественный музей – заповедник» (ГБУК РТ ЕГИАиХМЗ) и Муниципальное учреждение культуры «Музейно-выставочный центр» города Заречного Пензенской области, в которых соблюдаются требования к хранению музейных предметов.

Около 80% медицинских музеев имеют в своем штате одного сотрудника – заведующего (директора) музея, который обеспечивает выполнение основных социальных функций музея: документирования, хранения предметов музейного собрания, образования и воспитания (музейная коммуникация). В 10% – в штате два-три сотрудника. Лишь в 10% – более трех человек. К числу учреждений с полноценным музейным штатом относятся Музей уездной медицины им. В.М.Бехтерева в составе Елабужского государственного историко-архитектурного и художественного музея-заповедника и Музей истории медицины г. Челябинска в Муниципальном бюджетном учреждении здравоохранения ордена Трудового Красного Знамени городская клиническая больница № 1 г. Челябинска – штат сотрудников. Музей «История развития медицинского образования на Сахалине» включает в себя два отдела – экспозиционный и экскурсионный.

Все музеи, представленные в базе, выполняют коммуникативную функцию. В музеях разработаны как обзорные экскурсии, так и тематические. Например, цикл экскурсий музея истории Тихоокеанского государственного медицинского университета, г. Владивосток включает в себя тематические экскурсии для студентов ТГМУ «Профессия врача – подвиг», профориентационные экскурсии для учащихся общеобразовательных школ «Милосердие и нравственный подвиг врача» и т.д.

Обработка данных информационной базы Реестра медицинских музеев России продолжается. Мы познакомили вас лишь с некоторыми предварительными результатами. Пополняется и список музеев, включенных в базу. Однако уже сейчас можно констатировать, что создание Реестра знаменует

качественно новый этап в развитии медико-музейной деятельности в Российской Федерации – образование интегрированного коммуникативного пространства медицинского музееведения.

Следующим шагом на пути развития медицинского музееведения как самостоятельного исследовательского направления станет создание энциклопедии «Медицинское музееведение», работа над которой осуществляется в настоящее время сотрудниками Центра развития историко-медицинских музеев Московского государственного медико-стоматологического университета имени А.И. Евдокимова.

Литература

1. Паиков К.А., Веселов Г.В., Кленов М.В., Салакс Ю.М., Самолетов А.В., Чижев Н.В., Шадрин П.В., Якушина А.А. Гид по медицинским музеям Евразии-2. – М.: ООО «Печатный дом «Магистраль», 2015.
2. Паиков К.А., Веселов Г.В., Самолетов А.В., Чижев Н.В., Шадрин П.В. Фалеристика в медицинском музее. – М.: ООО «Печатный дом «Магистраль», 2016.
3. Паиков К.А., Слышкин Г.Г., Чижев Н.В. Коммуникативные функции музея медицинского вуза // Материалы III Всероссийской научно-практической конференции «Медицинские музеи России: состояние и перспективы развития». – М.: МГМСУ, 2016. – С. 159-161.
4. Паиков К.А., Слышкин Г.Г., Чижев Н.В. Музеи медицинских образовательных учреждений: коммуникативные функции и ценностные приоритеты // Тезисы II Международного форума русскоговорящих врачей «Новая волна в медицине». – Юрмала, 2014. – С. 77-78.
5. Паиков К.А., Слышкин Г.Г., Чижев Н.В. Проблема морального выбора в коммуникативном пространстве медицинского музея // Роль медицинских вузов в подготовке медицинских кадров: исторические аспекты: М-лы Всер. науч.-практ. конф., посв. открытию музея истории Иркутского государственного медицинского университета, в рамках празднования 355-летия г. Иркутска. – Иркутск: ИНЦХТ, 2016. – С. 524-527.
6. Паиков К.А., Чижев Н.В. Реестр Медицинских музеев России 2014. – М.: Совет по развитию историко-медицинских музеев при Министерстве Здравоохранения Российской Федерации, 2014.
7. Чижев Н.В. Музей медицины РАМН: итоги переписи, будущее коллекции // М-лы IX Всер. конф. «История стоматологии, Зубоврачевание в России: Медицина и общество»: Чтения, посвященные памяти Г.Н. Троянского «Медицинские музеи России: состояние и перспективы развития». – М.: ООО «Печатный дом «Магистраль», 2016.

ЭКСПОЗИЦИЯ МУЗЕЯ ГОРОДСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ В ПСИХОПРОСВЕЩЕНИИ ПАЦИЕНТОВ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ИХ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О СЕБЕ, СВОЕЙ БОЛЕЗНИ И ЕЕ ЛЕЧЕНИИ

*Кокорина М.В., Шмилович А.Л., Якушенко А.В.
ГБУ «Психиатрическая клиническая больница № 1
им. Н.А. Алексеева» Департамента здравоохранения
города Москвы (Москва, Россия)*

Басова А.Я.

*ФГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский
медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России
(Москва, Россия)*

Введение

Служба помощи больным с психическими расстройствами в Москве начала создаваться в 70-е гг. XVII в., когда в Екатерининской больнице у Крестовской заставы (нынешний МОНКИ) открылось отделение на 26 кроватей для умалишенных. Однако большая часть пациентов продолжала призреваться в богадельнях. Только на рубеже XVIII–XIX вв. в Москве сформировалась первая специализированная лечебница для душевнобольных, получившая в июне 1809 г. новое здание. Больница получила название Московский Доллгауз (сегодня – ПКБ № 3 им. В.А. Гиляровского). На протяжении XIX в. она была единственной городской психиатрической лечебницей.

В 1894 г. в трех верстах от Камер-Коллежского вала на Канатчиковой даче на средства, собранные усилиями городского головы Николая Александровича Алексеева, была построена психиатрическая больница. Н.А. Алексеев трагически погиб за год до ее открытия, и в память о вкладе городского головы в дело призрения душевнобольных больнице на Канатчиковой даче было присвоено его имя. Проект больницы, созданный психиатром с многолетним опытом работы, сторонником системы нестеснения Виктором Романовичем Буцке, был нацелен на создание максимально комфортных условий для пациентов. По словам Буцке, нужно было создать такой план, который бы «выдержал критику многих поколений». Виктор Романович предложил создать больницу в форме маленьких отдельных корпусов на 30 человек каждый, легко приспособляемых для различных типов пациентов. Подобная гибкая структура позволяла, с одной стороны, создавать индивидуализированные условия, с другой – быстро подстраиваться под изменения внешних факторов. Другой оригинальной идеей был отказ от всякой психиатрической специфики и специальных приспособле-

ний. «На душевнобольных при приеме и помещении их в больницу приличествует смотреть так, как и на всяких других больных», – писал Буцке. Больница стала образцом гуманного содержания душевнобольных. В середине 1890-х гг. профессор С.С. Корсаков, будучи за границей, писал Марии Федоровне Беккер: «Канатчикова дача стоит далеко выше очень многих больниц... Чего-либо нового и особенного я не мог отыскать». В советский период больница носила имя выдающегося психиатра Петра Петровича Кащенко, однако в 1994 г. по случаю 100-летия учреждения, ему было возвращено первоначальное имя. На протяжении всей своей истории больница на Канатчиковой даче являлась ведущим психиатрическим учреждением и центром научной мысли.

Идея создания музея истории Психиатрической клинической больницы (ПКБ) № 1 принадлежала бывшему главному врачу больницы (1964–1987) доктору медицинских наук профессору В.М. Морковкину. Первый в Москве музей при психиатрическом учреждении создал профессор Московского университета Сергей Сергеевич Корсаков в конце XIX в. Это был музейный уголок в руководимой им Психиатрической клинике на Девичьем поле. Впоследствии стали появляться единичные музеи при психиатрических учреждениях. Музей истории ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева (с 1922 по 1994 г. – им. П.П. Кащенко) начал создаваться в 1978 г. Основной целью его создания было с помощью вещественных (предметов), письменных (рукописных и печатных), визуальных и вербальных источников отразить историю развития больницы, работу ее подразделений, становление больничных традиций, эволюцию методов лечения душевнобольных. Создание музея стало большой коллективной работой сотрудников больницы и пациентов при активном участии З.М. Агеевой, возглавившей музей.

Актуальность темы

Многолетний опыт проведения экскурсий для пациентов показал, что знакомство с историей психиатрии, становится важным элементом просвещения и психообразования что, в свою очередь, влияет на самостигматизацию, комплаентность, возможности реабилитации, ресоциализации психически больных.

Данное наблюдение подтверждается многочисленными научными исследованиями (Закс Д.Б., 2009). На данный момент борьба со стигматизацией психически больных является одним из ведущих направлений программ ВОЗ (Ястребов В.С. и др., 2009). Анализ базы данных PsychInfo показал «драматический» рост количества статей, в которых упоминается понятие стигмы (MajorB. et al., 2005). Под «стигмой» в современной психиатрии понимают заметный, выделяющийся знак на человеке, позволяющий окружающим сформировать свое поведение относительно человека, будь то презрение, изоляция, осуждение или жестокость. Современная интерпретация слова стигма стала

использоваться для обозначения моральных и других качеств человека, черт его характера, определения его как личности. Клеймо презрения и осуждения как таковое осталось, став невидимым. Оно продолжает сигнализировать окружающим об «ином» моральном статусе человека.

Большинство исследователей приходят к выводу, что в реальной работе по преодолению стигмы начинать нужно с преодоления самостигматизации. Прежде всего – это работа с пациентами и их близкими, связанная с повышением уровня их информированности в области собственной болезни и лечения (Ротштейн В.Г. и др., 2008). Мы подошли к изучению данного вопроса, следуя позиции Р. Фарра: стигма – это социальное представление с негативной валентностью (Farr R., 1995).

Цель исследования

Нами было осуществлено исследование, целью которого было изучение влияния музейной экскурсии на представления пациентов о себе, болезни и лечении.

Материалы:

Музей посещают: пациенты, врачи, психологи, научные работники; студенты медицинских, социально-психологических и педагогических колледжей и ВУЗов; курсанты постдипломного образования (врачи и психологи); социальные экскурсионные группы.

Стандартная обзорная экскурсия включает в себя рассказ о:

- развитию психиатрии в Европе XVII–XIX вв. с демонстрацией соответствующих эпохе изображений душевнобольных, смиренных домов, методов лечения;
- особенностях отечественной психиатрии (признании в монастырях, создании первых доллгузов, условиях содержания и лечения в них);
- истории создания больницы на Канатчиковой даче и условиях содержания пациентов в ней;
- эволюции методов лечения психически больных на протяжении XX в.;
- современных подходах к лечению и реабилитации пациентов с психической патологией на примере ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева.

В среднем ежегодно музей посещает более 300 пациентов ПКБ № 1. В экскурсиях для пациентов особое внимание уделяется доступности излагаемого материала, описанию различных методов лечения и их особенностей, ответам на вопросы, связанные с проблемами психиатрии.

Методы

Для достижения данной цели мы использовали модификацию метода семантического дифференциала. Пациентам, принимавшим участие в экскурсии, предлагалось оценить три стимула: «я», «болезнь», «лечение» по пяти различным биполярным шкалам («плохой – хороший», «сильный – слабый», «страшный – безопасный» и т.д.). Итоговое количество респон-

дентов составило 52 человека. Анкета заполнялась до и сразу после экскурсии. Мы исходили из общего предположения о том, что приобретение знаний и впечатлений от посещения музея должно положительно сказаться на отношении к болезни и к лечению, и, как следствие, к себе.

Исследование носило характер пилотного. Мы не делили пациентов на группы в зависимости от диагноза, количества госпитализаций и т.д., а пытались определить лишь общие тенденции влияния экскурсионной деятельности музея истории психиатрии на представления пациентов о себе, болезни и лечении.

Полученные результаты были обработаны при помощи критерия Манна-Уитни (*Критерий Манна-Уитни* // URL: <http://matstats.ru/mann.html> (дата обращения: 25.01.2016)). Значимые различия обнаруживаются в отношении к лечению. Отмечается положительная динамика по таким шкалам, как «хорошее – плохое» (0,024) и «полезное – напрасное» (0,016) лечение. Различия на уровне тенденции отмечаются по шкале: «печальное – радостное» (0,098).

Результаты

Кроме того, нами были подсчитаны и проанализированы корреляции между шкалами до и после экскурсии. Детальный анализ данных корреляций планируется в следующих публикациях. Но предварительно можно сказать, что по остальным шкалам отмечаются менее выраженные различия, что может быть связано с такими факторами, как малый объем выборки, отсутствие деления на группы по этиологии и т.д. Планируется дальнейшее многофакторное исследование влияния экскурсии на представления пациентов о себе, болезни и лечении, а также психиатрии в целом. Для достижения данной цели предполагается увеличение числа испытуемых, учет таких критериев, как диагноз, количество госпитализаций, комплаентность, социальная включенность, негативная и продуктивная симптоматика.

Выводы

Таким образом, мы имеем возможность говорить о наличии влияния психопросветительской экскурсионной деятельности на представления пациентов о лечении, что видится нам крайне важным аспектом лечения и реабилитации психически больных.

Нами были намечены возможности работы и пути исследования психообразовательного воздействия в рамках работы музея психиатрической больницы.

Помимо этого, планируется создание музейно-исторического клуба для пациентов медико-реабилитационного отделения и дневных стационаров больницы.

Литература:

1. Закс Д.Б. Психообразовательные программы как способ преодоления стигматизации пациентов с расстройствами шизофренического спектра /Закс Д.Б., Злоказова М.В. //

Правовые и этические проблемы психиатрической помощи. Материалы науч.-практ. конференции, М. 30 ноября 2009 г. – М.: Изд-во ЗАО Юстицинформ, 2009. – С. 68-69.

2. Ротштейн В.Г., Богдан М.Н. Основы психиатрической грамотности. – М.: ООО Изд. Дом «Качество жизни». – 2008 – 92 с.

3. Ястребов В.С., Михайлова И.И., Гонжал О.А., Труцелев С.А. Факторы стигматизации лиц с психическими расстройствами: Методические рекомендации. – М.: Науч.центр психического здоровья РАМН, 2009. – 22 с.

4. Major B., O'Brien L.T. The social psychology of stigma // Annual Review of Psychology, – 2005. – Vol. 56. – P.393-442

5. Farr R. Representations of health, illness and handicap in the mass media of communication: a theoretical overview// Representations of health, illness and handicap / Eds. by I.Markova, R.Farr, Chur: Harwood Academic Publishers, 1995. – P. 3-29.

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ В ИСКУССТВЕ

ИСТОРИЯ ЗУБОВРАЧЕВАНИЯ В ПРОИЗВЕДЕНИЯХ ИСКУССТВА

*Юркевич К.Ю., Джириков Ю.А.
ФГБОУ ВПО «Московский государственный медицинский
стоматологический университет им. А.И. Евдокимова»
Минздрава России (Москва, Россия)*

Первые сведения о болезнях зубов относятся к доклассовому обществу: палеопатология представляет достоверные свидетельства кариеса зубов и повреждений лицевого черепа у первобытного человека. В странах Древнего мира (Вавилонии, Ассирии, Египте) болезни зубов объясняли наличием «червя, который растет в зубе». Болезни зубов и полости рта лечили чаще всего консервативно и не всегда эффективно. Тем не менее, врачеватель зубов в Древнем Египте был в большом почете; его называли «он, который заботится о зубах». При фараоне служил «главный зубоврачеватель Великого дома». Деревянная доска с резьбой, датированная III тысячелетием до н.э., с иероглифической надписью о Хеси-Ра (современник Имхотепа, выдающегося зодчего и врача времен царствования фараона Джосера). По всей видимости, Хеси-Ра – первый из описанных историческими документами зубоврачевателей. (рис. 1)

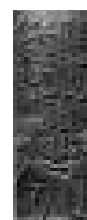


Рис. 1. Хеси-Ра. Дерево. Ок. 3000 до н.э. Египетский музей (Каир, Египет)

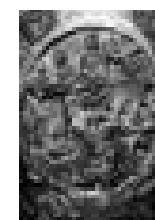


Рис. 2. Удаление зуба. Барельеф. Ок. 2000 до н.э. Индийский музей (Калькутта, Индия)



Рис. 3. Кодекс Хаммурапи. Диорит. 1792 – 1750 до н.э. Лувр (Париж, Франция)

Лечение зубов в Древнем Египте заключалось в прикладывании к больному зубу или деснам лечебных паст и растворов. В папирусе Эберса (XVI в. до н. э.) приведено 11 прописей таких лекарств, которые способствовали оздоровлению полости рта и укреплению зубов. Жители Древней Индии также

большое значение придавали регулярному уходу за полостью рта. Следуя религиозным заповедям, они не приступали к трапезе, не почистив зубы. Однако существовала практика и удаления больных зубов. До нас дошел барельеф из храма Бхархут (древнейший буддистский монастырский комплекс), датированный 2000 лет до н.э. На барельефе изображен гигант, которому удаляют зуб при помощи слона, тянущего привязанный к зубу канат (рис. 2). Этот экспонат находится в Индийском музее (The Indian Museum) города Калькутты.

Одним из самых известных памятников древности является стела из черного диорита, хранящаяся в галерее Лувр (Париж), на которой высечены статьи так называемого «кодекса Хаммурапи» (1792–1750 гг. до н.э.). Нам он интересен потому, что в нем имеются сведения, косвенно связанные с ответственностью в сфере зубопротезирования. В «параграфе» 200 сказано, что «если человек выбил зуб человеку, равному ему, то должны ему выбить зуб». В следующем «параграфе» значилось: «Если он выбил зуб мушкенуму (служащему низшей категории, получающему от царя в Вавилоне земельный участок), то он должен отвесить 1/3 мины серебра». Эти параграфы фактически повторяют древнееврейскую норму талионного права: «Око за око, зуб за зуб». Хотя в данном случае речь идет о зубе, выбитом, скорее всего, в драке, для нас любопытна денежная оценка стоимости зуба, которая немного ниже цены выбитого глаза (рис. 3).

Важнейшим источником по истории зубопротезирования в Месопотамии являются глиняные таблички из библиотеки Ашшурбанипала (669–627 гг. до н.э.), царя Ассирии (ныне государство Ирак). Более 20000 таких табличек с текстом были найдены при раскопках города Ниневия в 1849–1859 гг. На данный момент таблички хранятся в Британском музее в Лондоне (рис. 4).

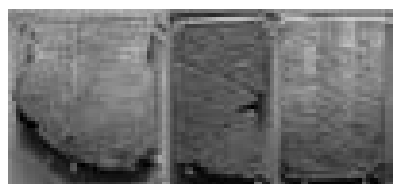


Рис. 4. Таблицы из библиотеки Ашшурбанипала. Глина. 669 – 627 до н.э. Британский музей (Лондон, Великобритания)

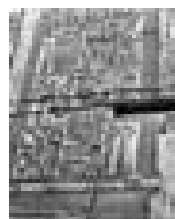


Рис. 5. Фрагмент стелы времен династии Птолемея (304 – 33 гг. до н.э.)

Отметим, что многовековая легенда о зубном «черве», пожирающем зубы, впервые была зарегистрирована именно в этих табличках из Месопотамии. О существовании оперативного зубопротезирования свидетельствуют изображения на гранитных стелах специализированного инструментария (рис. 5).

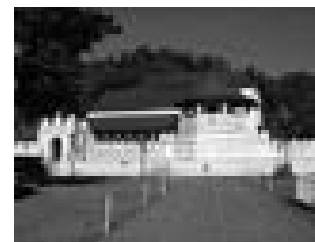


Рис. 6. Храм (Пагода) зуба Будды (Канди, Шри-Ланка)



Рис. 7. Неизвестный художник. Удаление зубов. Миниатюра. 1300-е гг.

Интересным стоматологическим артефактом можно считать храм зуба Будды в городе Канди (Шри-Ланка). В легендах говорится, что перед тем как умершего Будду кремировали, один из его учеников извлек из челюсти Учителя верхний левый клык. После покорения Индии англичанами, буддисты всеми силами пытались сохранить реликвию, но в 1560 г. колонизаторы захватили реликвию и сожгли. После чего буддисты вырезали копию зуба Будды из слоновой кости, а в 1687–1707 гг. для хранения святыни возвели храм Далада Малигава (рис. 6).

Нельзя не упомянуть о вкладе Древнего Китая в копилку знаний мировой цивилизации. В древнекитайских медицинских трактатах, датированных около 2500 лет до н.э., описан гингивит и пародонтальный абсцесс. В этих источниках упоминаются также различные болеутоляющие средства и зубные протезы, изготовленные из бамбуковых палочек. Итальянский купец Марко Поло, побывав в 1270-х гг. в Китае, рассказывал о местных жителях, носивших на зубах тщательно подогнанные золотые пластинки, фактически игравшие роль золотых коронок.

В Древней Греции заболевания полости рта и методы их лечения изучал Гиппократ (460–377 гг. до н.э.). В его трудах встречаются упоминания о щипцах для удаления зубов. Аристотель, который жил на 100 лет позже Гиппократа, в своих естественно-научных трудах также упоминал о заболеваниях зубов. Однако некоторые его утверждения были ошибочными. Например, постулаты о том, что у мужчин зубов больше, чем у женщин, и что зубы растут на протяжении всей жизни.

Древний Рим также имел высокий уровень развития медицины и зубопротезирования. Еще в VIII–IV вв. до н.э. этруски, населявшие север Италии, применяли мостовидные протезы, изготавливаемые из зубов животных. Постоянные войны, которые велись Римской республикой, а затем – империей – давали обильный материал для врачей, специализировавшихся в области хирургии и лечения зубов. Важно отметить, что именно римляне первыми вывели процесс изучения медицины на госу-

дарственный уровень. Огромный вклад в медицину той эпохи принадлежит Галену (129, 131–200, 217 гг.), который первым описал жевательные мышцы и мышцы шеи.

Разделение Римской империи в 395 г. на западную и восточную привело к образованию на востоке Византийской империи. Западная Римская империя погибла под ударами варваров в 476 г., а Византия пережила своего соседа на тысячу лет и просуществовала до 1453 г. Со временем развитие письменности вытеснило наскальные рисунки, барельефы и каменные таблички.

В Средние века медицинские знания античных авторов стали считаться недостижимыми интеллектуальными вершинами. Также и зубо-врачебные манипуляции практически не проводились. Зубную боль терпели «до последнего» и прибегали к оперативному вмешательству только тогда, когда зуб уже буквально «вываливался» из лунки. Главными культурными центрами этого времени становятся католические монастыри. Формируется понятие «монастырская медицина», а молитва стала «лекарством», намного превосходящим по эффективности врачебные методики. В то время врачи предлагали весьма странные способы. К примеру, считалось, что лунный свет утоляет зубную боль, и в таком случае необходимо просидеть несколько часов лунной ночью на улице с открытым ртом. Были и более необычные методики: кровопускание, слабительное, ванны⁶³. Но такое лечение редко приносило успех. После него оставалось только обращаться к брадобреям, которые просто удаляли больной зуб. В медицинских трактатах того времени можно встретить «теорию болезни зубов», которая подразумевала употребление горячей и сразу – холодной пищи, постоянное употребление жесткой пищи и пренебрежение уходом за зубами и др. (рис. 7).

В Средние века носителем медицинских знаний стал бурно развивающийся исламский мир. На арабский язык активно переводились медицинские тексты. В сурах Корана имеются религиозные предписания стоматологического характера: «Чистить зубы – это путь восхваления Бога».

В эпоху Возрождения европейская цивилизация получила большой толчок развития естественных наук, что не могло не отразиться на медицинских знаниях в целом и зубо-лечении в частности. Ренессанс принес миру большое количество произведений искусства, в том числе и на стоматологические темы.

Святая Аполлония (Аполлиния) Александрийская – раннехристианская мученица, пострадавшая в III в. в период гонений на христиан императора Декия. Она известна тем, что стойко перенесла удаление зубов

⁶³ На наш взгляд, «более необычными, чем лунный свет», эти методики называть некорректно. В Средние века они были не только эффективными, но и научно обоснованными – прим. ред.

в ходе пыток. В день почитания католической церковью святой Аполлонии – 9 февраля – во всем мире отмечается «День стоматолога». О мученичестве это святой пишет Евсевий Памфил в «Церковной истории» [VI, 41], приводя письмо об этих событиях александрийского патриарха Дионисия I Великого к антиохийскому патриарху Фабию: «Язычники схватили также Аполлонию, дивную старушку-девственницу, били по челюстям, выбили все зубы; устроили за городом костер и грозили сжечь ее живьем, если она заодно с ними не произнесет кощунственных возгласов. Аполлония, немного помолвившись, отошла в сторону, прыгнула с разбега в огонь и сгорела». Святая Аполлония скончалась 9 февраля 248 или 249 г. Исходя из характера мучений, которые она должна была вынести, образом святой Аполлонии стали зубы и щипцы (рис. 8).



Рис. 8. Фуке Жан. Мученичество Святой Аполлонии. XV в.



Рис. 9. Лейден Лукас ван. Зубной врач. 1523 г. Эрмитаж (Санкт-Петербург, Россия)



Рис. 10. Неизвестный художник. Хирург-цирюльник. Сер. XVI в.

Напомним, что в Средние века существовал жесткий запрет на занятия хирургией для монахов – главных носителей медицинских знаний. А это, в свою очередь, привело к тому, что в данной области медицины стали практиковать цирюльники. На полотне голландского живописца Лукаса ван Лейдена изображен такой практикующий брадобрей. В то время, как он удаляет зуб, его помощница запускает руку в карман незадачливому пациенту (рис. 9). Хирург-цирюльник изображен и на другой картине середины XVI в. (рис. 10).

На картине немецкого художника Ганса Гольбейна (младшего) изображен король Англии Генрих VIII, утверждающий новый устав работы хирургов и цирюльников. Королевский указ 1540 г. четко разграничивал сферы занятий каждой из гильдий. Так хирурги не имели права заниматься стрижкой и бритьем, а цирюльники – оперативной хирургией⁶⁴. Единственной разре-

⁶⁴ В 1540 г. Генрих VIII узаконил слияние Worshipful Company of Barbers и Fellowship of Surgeons в единую The Company of the Barber-Surgeons of London; при этом речь шла не о «разграничении сферы занятий каждой из гильдий», а об объединении всех практикующих хирургов в одно целое – прим. ред.

шенной для цирюльников областью оставалось зубоочелюстная хирургия: они могли удалять зубы и делать кровопускание (рис. 11).

На картине голландского художника Геррита ван Хонтхорста показано проведение зубоочелюстных манипуляций над пациентом. Стоящие рядом родственники принесли в благодарность цирюльнику корзину с охотничьими трофеями (рис. 12).

Следующая картина написана другим голландским художником в первой трети XVII века. На ней зубоочелюстная хирургия проводится над пациентом, родственники пациента переживают за него, а старушка молится о его здравии (рис. 13).

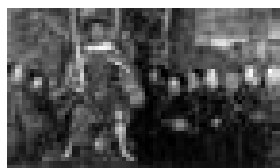


Рис. 11. Гольбейн Ганс (мл.) Генрих VIII и хирурги-цирюльники. 1540 г. Королевский Колледж хирургов Англии (Лондон, Великобритания)



Рис. 12. Хонтхорст Геррит ван. Вырывание зуба. 1628 г. Лувр (Париж, Франция)



Рис. 13. Остаде Адриан Ханс ван. Цирюльник вырывает зуб. 1630–1635 гг. Художественно-исторический музей (Вена, Австрия)

Для того чтобы привлечь пациентов, цирюльники использовали малейшие возможности. Многие из них не гнушались пользоваться пациентами на базарных площадях и ярмарках. Это было своеобразное «стоматологическое шоу», собиравшее огромную толпу, которая с интересом наблюдала за манипуляциями, иногда под музыкальное сопровождение, заглушавшее крики пациентов. И в итоге все получали удовлетворение: больные лечились, а здоровые наблюдали бесплатное и захватывающее зрелище.

Этот сюжет послужил вдохновением для многих художников, писавшие на бытовые темы. На приведенной картине изображен проводящий манипуляции на городской площади зубоочелюстная хирургия, одежда которого заметно отличалась своим богатством, от той, которая была на окружающих его людях (рис. 14). На картине голландского художника, Дитера Яна Стена, представленной в Королевском музее в Гааге, показан прием пациентов на улице одной из голландских деревень (рис. 15). На картине неизвестного испанского художника изображен солидно одетый зубоочелюстная хирургия, сидя верхом на лошади. Действие происходит на Иберийском полуострове (рис. 16).



Рис. 14. Викторс Ян. Зубоочелюстная хирургия на площади европейского города. Ок. 1640 г.



Рис. 15. Стен Дитер Ян. Зубоочелюстная хирургия на улице. Ок. 1646 г. Королевская галерея Маурицхейс (Гаага, Нидерланды)



Рис. 16. Неизвестный художник. Зубоочелюстная хирургия на лошади. Сер. XVIII в.

Итальянский художник Тьеполо Джованни Доменико изобразил зубоочелюстная хирургия на площади одного из европейских городов. Зубоочелюстная хирургия показывает изумленной публике удаленный зуб пациента. Его окружает толпа, жадно наблюдающая за действием (рис. 17). Голландский художник Ромбоутс Теодор в первой трети XVII века написал картину на тему зубоочелюстная хирургия. Зубной врач лечит пациента, причем на столе разложено большое количество стоматологического инструментария, все это отражается на будущих пациентах, которые, обступив со всех сторон врача, боязливо ожидают своей очереди (рис. 18). Следующая картина не имеет прямого отношения к нашей теме, но в групповом портрете придворного испанского художника мы можем видеть передававшиеся по наследству врожденные челюстно-лицевые деформации королевской династии, которые получили большинство членов семьи. Франсиско Гойя пользовался большим авторитетом у Карла IV, благодаря чему он смог «писать, что видел», не приукрашивая внешних данных. А одну из принцесс, стоящую рядом с женой Карла IV Марией-Луизой, художник изобразил отвернувшейся, дабы не показывать ее уродства (рис. 19).



Рис. 17. Тьеполо Джованни Доменико. Зубодер. 1754 г. Лувр (Париж, Франция)

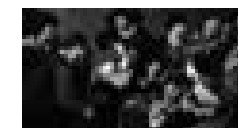


Рис. 18. Ромбоутс Теодор. Зубодер. Первая треть XVII в. Прадо (Мадрид, Испания)



Рис. 19. Гойя Франсиско. Портрет семьи Карла IV. 1800 г. Прадо (Мадрид, Испания)

Соседство с Древним Китаем не могло благоприятным образом не сказаться на уровне развития зубоочелюстной хирургия в Японии. Медицинские знания во многом были привнесены в японскую культуру китайскими монахами-

буддистами, которые в числе прочего сделали регулярный уход за полостью рта частью религиозного ритуала. До нас дошел рисунок неизвестного художника, на котором изображен японский зубопротезист, удаляющий зуб пациенту. Пациент стоит рядом на коленях. Около них на листочке рисовой бумаги лежат три зубных протеза. Рисунок датирован приблизительно 1800 г. (рис. 20). Европейцев поражали рассказы о японских красавицах, красящих зубы в черный цвет. Для японок это была совершенно обычная процедура, которая называлась «охагуро». Она свидетельствовала о замужнем статусе женщины. В XVIII в. эта мода перешла на японских гейш, членов королевской династии и актеров. На рисунке, датированном 1830 г., изображена такая японская дама (рис. 21).



Рис. 20. Неизвестный художник.
Японский зубопротезист.
Ок. 1800 г.



Рис. 21. Неизвестный художник.
Японская девушка проводит «охагуро».
1830 г.

Описывая историю зубопротезирования в произведениях искусства, нельзя не упомянуть о том, что в России зубопротезирование как отдельное направление медицины появилось при Петре I⁶⁵. Голландский врач Николай Бидлоо приехал в Россию в 1703 г. и занял пост придворного врача Петра I. Через несколько лет Н. Бидлоо попросил царя отпустить его назад в Голландию, сославшись на свое плохое здоровье. Но вместо этого ему предложили устроить в Москве госпиталь и основать школу медицины на 50 учеников. Госпиталь был открыт 17 ноября 1707 г. и ныне является Главным военным клиническим госпиталем имени Н. Н. Бурденко.

Впервые право заниматься зубопротезированием в России в 1710 г. получил француз Франсуа Дюбрель. В том же году в России было введено звание «зубного врача». Навыки зубопротезирования стали преподаваться в курсе хирургии. В 1810 г. для медицинских чиновников были изданы «Правила об экзаменах», которыми было введено звание «зубной лекарь», взамен прежнего «зубной врач». Кроме лекарей – выпускников Медико-хирургической академии и медицинских факультетов университетов, зубопротезирование оказывалось подлекарями, фельдшерами, зубными врачами (зубными лекарями), дантистами, цирюльниками и знахарями.

⁶⁵ Известно, что Петр I владел техникой удаления больших зубов – прим. ред.

С 1838 г. стало распространяться обучение дантистов путем ученичества. Для получения зубопротезировательной практики зубным врачам и дантистам необходимо было сдать соответствующий экзамен при наличии свидетельства об ученичестве (по «правилам» 1838 г.). После сдачи экзамена выдавалось разрешение на тот или иной вид зубопротезировательной практики в пределах России, с правом или без права выписывания лекарственных средств для приема внутрь, с правом или без права удалять зубы, или только лечить или вставлять зубы, или заниматься зубопротезировательной практикой, но только в каком-нибудь одном городе. В 1829 г. русские женщины получили право на равных с мужчинами сдавать экзамены на звание зубного лекаря. Первой женщиной зубным лекарем стала окончившая в 1829 г. Московскую медико-хирургическую академию некая уроженка Варшавы по фамилии Назон.

Первая в России частная зубопротезировательная школа была открыта в 1881 г. в Санкт-Петербурге Ф.И. Важинским. Для того чтобы получить звание зубного врача с правом выписывать лекарства, окончившие эту школу должны были выдержать специальные экзамены в Военно-медицинской академии или на медицинском факультете университета. В 1891 г. был издан закон «О преобразовании обучения зубопротезировательного искусства», узаконивший учреждение в России зубопротезировательных школ (Кудряшов А.И., 1905). Он устанавливал два звания для специалистов по зубопротезированию: дантист и зубной врач. Звание дантиста приобреталось благодаря ученичеству в частном кабинете дантиста по индивидуальной программе с последующей сдачей экзамена комиссии при Императорской Военно-медицинской академии или университете; образовательный ценз предусмотрен не был. Дантисты были ограничены в профессиональных правах: например, они не должны были заниматься лечением болезней полости рта. Звание зубного врача получали выпускники зубопротезировательных школ с 2,5-летним курсом обучения по утвержденной программе. При этом необходимо было иметь общее образование не ниже 6 классов гимназии или приравненных к ней учебных заведений. Звание зубного врача присваивалось после сдачи экзамена при медицинском факультете университета. Обе эти категории специалистов общемедицинского образования не получали и к разряду врачей (лекарей) не относились. Врачи же, специализирующиеся на зубопротезировании, именовались врачами-одонтологами. В Государственной Третьяковской галерее находится картина народного художника РСФСР, доктора искусствоведения профессора Всероссийской академии художеств В.Н. Мешкова, датируемая концом XIX в. и посвященная зубопротезированию (рис. 22).



Рис.22. Мешков В.Н. Зубоврачевание.
1891 г. Государственная Третьяковская
галерея (Москва, Россия)



Рис.23. Сытин И.Д.
Литография.
18 января 1889 г.

Известны карикатуры на зубоврачевателей. Так, на литографии И.Д. Сытина 1889 г. изображена миниатюра из практики зубного врача (рис. 23). На стене висит благодарность «Зубному врачу Зуборванову за легчайший способ, за выдергивание здоровых зубов». Рядом на стене виден рекламный плакат с надписью: «Зубной порошок эликсир для вернейшего и самоскорейшего выпадения зубов». Под изображением приведен диалог зубного врача, его ассистента Кузьмы и пациента. Пациент: «Батюшки, отцы родные, помилосердствуйте. Втрое заплачу. Только пустите. У меня и зуб уже перестал болеть». Зубной врач: «Не беспокойтесь. У вас хотя и очень прочный зуб. Однако мы его все-таки обделаем. Теперь Кузьма держи крепче, а я понатужусь». Кузьма: «Не бойсь, не сорвется». Пациент: «Батюшки, конец мой пришел!».

Подводя итог нашей работе, можно сделать заключение, что зубоврачевание достаточно полно отражено в искусстве разных эпох. Вместе с тем, эта тема имеет большой простор для дальнейших исследований и поисков как стоматологических артефактов, так и произведений искусства на стоматологическую тематику.

Литература

1. Пашков К.А. Зубоврачевание. Стоматология в России. – Казань: Изд-во «Центр Инновационных Технологий», 2011.
2. Пашков К.А. Зубы и Зубоврачевание. Очерки истории. – Москва: Изд-во «Вече», 2014.
3. Зимин И., Орехова Л., Мусаева Р. Из истории зубоврачевания. – Москва: Изд-во «Центрополиграф», 2015.
4. Сорокина Т.С. История медицины. В 2-х т.: Учебник. – Москва: Изд-во «Академия», 2009.

Интернет-источники

1. <http://www.historymed.ru>
2. <http://louvre.historic.ru>
3. <http://gallerix.ru>
4. <https://www.museodelprado.es>
5. <http://www.indianmuseumkolkata.org>

6. <http://www.louvre.fr>
7. <https://www.museodelprado.es>
8. <http://www.egyptianmuseum.gov.eg>
9. <http://www.tretyakovgallery.ru>
10. <http://www.hermitagemuseum.org>

РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ИСТОРИКОВ МЕДИЦИНЫ (РОИМ)

РОИМ: ПЕРВЫЕ ИТОГИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

К.А. Пашков

*Председатель Российского общества историков медицины.
(Москва, Россия)*

Российское общество историков медицины (РОИМ) в 2016 году отмечает 70-летие. Точкой отсчета стало 1 ноября 1946 года, когда в Москве в Институте социальной гигиены и организации здравоохранения было основано Всесоюзное научное общество историков медицины (ВНОИМ). В 1991 году ему на смену пришла Конфедерация историков медицины (международная), которая после распада СССР объединила все республиканские общества, ранее входившие в состав ВНОИМ. И хотя название нашей общественной организации менялось, а на смену съездам приходили конференции, круг специалистов занимавшихся вопросами истории медицины сохранялся, более того удалось обеспечить преемственность и даже выработать направления научных исследований, которые продолжают и сегодня. В середине 1990-х годов юридически общество перестало существовать, однако определенная активность сохранялась. К моменту создания РОИМ было проведено десять съездов и всесоюзных конференций (на правах съездов).

2 апреля 2014 года состоялся учредительный съезд Общероссийской общественной организации «Российское общество историков медицины», которая 17 июля 2016 года решением Минюста России была зарегистрирована. С этой даты начинается отсчет современной истории РОИМ. Актуальность этого события трудно переоценить, поскольку без юридически оформленного статуса, устава и плана действий дальнейшее развитие историко-медицинской деятельности было не возможно. Являясь общероссийской общественной организацией, РОИМ считает себя правопреемником «Всесоюзного научного общества историков медицины». У истоков РОИМ встали профессор С.П. Глянцев, профессор Д.А. Балалыкин и профессор К.А. Пашков. Неоценимую помощь оказали первый заместитель Министра здравоохранения России И.Н. Каграманян, академик РАМН Р.У. Хабриев, академик РАМН А.М. Сточик.

Первый съезд РОИМ утвердил обстоятельный план деятельности и постановил, что съезды общества должны проводиться ежегодно (ранее собирались 1 раз в 5 лет).

План деятельности затрагивает все аспекты – от международного сотрудничества до поддержки талантливой молодежи.

Следует отметить, что за два года многое удалось стронуть с места.

Так практически завершена работа по институциональному оформлению общества. Избран Президиум, ревизионная комиссия, на регулярной основе сдаются отчеты в Минюст России, а также публичные отчеты. Регулярно проходят заседания Президиума, на которых в открытой дискуссии рассматриваются вопросы жизнедеятельности общества. Начат персональный учет членов РОИМ. И если раньше мы могли говорить о членах общества лишь в общих чертах – сейчас мы имеем персональный состав, который включает свыше 250 членов, в том числе 3 из иностранных государств.

РОИМ официально принят в Международное общество историков медицины (национальный делегат профессор Д.А. Балалыкин, а в бюро избрана профессор Т.С. Сорокина), в Европейскую ассоциацию музеев медицинских наук.

РОИМ стал членом Российского исторического общества, Общества врачей России, Национальной медицинской палаты, подана заявка на вступление в Общероссийскую общественно-государственную просветительскую организацию «Российское общество «Знание».

Под патронажем РОИМ стали проходить конференции и другие мероприятия. Так в 2014-2015 годах было проведено более 20 конференций. Ряд из них стали новым словом в науке. Так Приказом Минздрава России от 18.09.2015 № 751п профессор Д.А. Балалыкин награжден Почетной грамотой за проведение международной научно-практической конференции и издание фундаментального труда «Гален».

Член общества регулярно выступают в прессе, на площадке Государственной Думы России, Минздрава России.

Впервые введен формат молодежного мероприятия – Всероссийская Олимпиада по истории медицины для студентов медицинских вузов. Партнером проекта выступил Музей истории медицины им. П. Страдыня. Победители Олимпиады удостоиваются поездки в Ригу, где расположено три крупных медицинских музея и хранится самая большая коллекция в мире по истории медицины советского периода. Но главное, конечно, это формирование молодежной среды вокруг РОИМ, возможность ребят увлеченных вопросами истории медицины общаться, развиваться и пополнять ряды историков в будущем.

Члены общества стали активно участвовать в международных мероприятиях. Представительство России на зарубежных конференциях возросло

за два года не менее чем в два раза. Делегация РОИМ принимала участие в трех Съездах русскоговорящих врачей «Новая медицинская волна» (Рига, Латвия).

Впервые за многие годы ветераны РОИМ, активисты общества были удостоены правительственных и ведомственных наград. Медали и грамоты стали не только признанием заслуг ученых, но и мерой их социальной поддержки.

Начата реализация проекта книгоиздания под эгидой РОИМ. Учреждено официальное печатное издание РОИМ - «Альманах Российского общества историков медицины» (ответственный редактор – д.м.н., профессор С.П. Глянцев). Вышли в свет методические рекомендации для соискателей ученых степеней по специальности 07.00.10 – «История науки и техники (медицинские науки)». Для подготовки рекомендаций по этому вопросу была образована рабочая группа в составе: профессоров В.Ю. Альбицкого (руководитель), В.И. Бородулина, С.Н. Затравкина, Г.Л. Микиртычан, К.А. Пашков и др. Издана монография «Клиническая медицина от истоков до 20-го века» (В.И. Бородулин, 2015), альбом «Гид по медицинским музеям Евразии - 2015» (К.А. Пашков и соавторы, 2015), альбом «Ночь в музее» (К.А. Пашков и соавторы, 2015), методические рекомендации «Фалеристика в медицинском музее», (К.А. Пашков и соавторы, 2016) и др. Общий тираж четырех изданий составил 4 тыс. экз. Осуществлена почтовая рассылка указанных изданий по 112 адресам в библиотеки медицинских Вузов, научные организации, крупнейшие библиотеки России.

Важным шагом стало создание сайта РОИМ в сети Интернет. Он стал частью большого информационного порта по истории медицины и получил доменное имя www.goim.historymed.ru. Сегодня это главный рупор РОИМ и публичная площадка. Сайт включает 7 основных разделов. «События» – где собирается вся информация о мероприятиях и новостях их жизни РОИМ. «О РОИМ» - здесь опубликован Устав, персональный состав РОИМ, план действий, символика, информация о партнерстве РОИМ с российскими и международными организациями, история РОИМ. «Деятельность» – это раздел публикуется информация о заседаниях Президиума и Съездах. «Наука» – раздел включающий каталог научных публикаций по истории медицины, состав единственного в России диссертационного совета по специальности 07.00.10 - История науки и техники (Медицинские науки), объявления о защите диссертаций по истории медицины, архив диссертаций, а также список докторов наук по истории медицины в нашей стране. «Документы» – это сводный раздел, в котором собраны приказы о награждениях членов РОИМ правительственными и ведомственными наградами, отчеты о работе, письма, повестки и протоколы Президиума, учредительные документы. Этот раздел крайне важен для реализации принципов открытости. Все что мы делаем должно быть понятно и доступно для всех членов организации

и тех, кто хочет пополнить наши ряды. «РОИМ в регионах» – это интерактивная карта со списком всех региональных отделений. И один из самых важных разделов «Вступить в РОИМ», где можно в интерактивном режиме подать анкету и заявление на вступление в РОИМ.

Отдельно хотелось бы остановиться на разделе «Наука». В нем две уникальные компоненты, реализация которых стала отдельными проектами РОИМ.

Создать архив диссертаций на первый взгляд задача очень простая. Однако Г.В. Веселову понадобилось более года, чтобы из фондов библиотек, собрания Национального НИИ общественного здоровья им Н.А. Семашко и личных архивов ряда историков медицины составить, а затем оцифровать работы более чем за пол века. Всего это свыше 200-сот работ. Большую помощь оказала О.Н. Гоечко. Теперь у пользователей есть возможность бесплатно пользоваться всем массивом авторефератов по истории медицины, а также тех исследований где история медицины идет в качестве второй специальности.

Научные публикации включают в себя архив из 2500 статей, которые за последние 20 лет были опубликованы в научной прессе. Благодаря работе профессора С.Н. Затравкина этот массив уникальной информации тоже доступен – онлайн.

Мы считаем, что наш информационный ресурс один из самых удобных и доступных для пользователей. В нем нет «самопиара». Все настроено таким образом чтобы было максимально удобно для пользователей. А содержание и наполнение делает уникальным.

Сейчас в разработке находится раздел по медицинским музеям мира. В сеть будут выложены несколько тысяч авторских фотографий и описаний практически из всех музеев медицины мира.

На качественно новый уровень вышли взаимоотношения с Минздравом России. Участникам Съезда в 2015 году было направлено приветствие Министра В.И. Скворцовой, а в президиуме работал первый заместитель Министра И.Н. Каграманян.

Впервые за многие годы решением Министра здравоохранения России В.И. Скворцовой был создан Совет по развитию историко-медицинских музеев. Музейная работа была поставлена во главу угла не случайно. Ведь музей – это лучшая форма для сохранения историко-медицинского наследия. Именно благодаря активности историков медицины удалось привлечь внимание Минздрава России на то, что без этой работы мы потеряем целый пласт нашей истории. Создан пакет отраслевых документов, начато проведение на регулярной основе конференций для музейщиков.

Настоящим прорывом стало проведение курсов повышения квалификации для музейных работников и историков медицины. Этот проект ре-

ализован благодаря сотрудничеству РОИМ с Музеем истории медицины им. П. Страдыня в Риге. Активная позиция профессора Ю. Салакса очень помогла тому чтобы привлечь ведущих мировых ученых к этой работе. Среди лекторов уже побывали М. Конрой (США), Ф. Биери (Швейцария), Р. Кондратос (Литва), К. Аксель (Германия), Т. Шола (Сербия) и др. Для музейного мира – это настоящие звезды.

Но главным в вопросе сохранения наследия стала работа по воссозданию в Москве Российского музея медицины. Этой работе посвящена отдельная статья в настоящем Альманахе.

10 февраля 2015 года приказом Министра здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцовой № 48 «Об организации работы по сохранению и развитию историко-медицинского наследия российской Федерации» на базе кафедры истории медицины МГМСУ им. А.И. Евдокимова создан Центр развития историко-медицинских музеев Российской Федерации.

Основными задачами Центра являются: методологическое обеспечение деятельности по сохранению и развитию историко-медицинского наследия Российской Федерации; методологическое сопровождение деятельности историко-медицинских музеев, проведение исследований в области истории медицины.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Андреева Анна Владимировна – директор Музейного комплекса ФГБУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России (Архангельск, Россия).

Тел.: +78182285789; эл. почта: museumsmu@mail.ru

Андреева Ольга Валентиновна – доктор медицинских наук, профессор, директор ГБУ «НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента» Департамента здравоохранения г. Москвы (Россия).

Тел.: +74999409972; эл. почта: andreeva.ov@npcsr.mosgorzdrav.ru

Балалыкин Дмитрий Алексеевич – доктор медицинских наук, доктор исторических наук, профессор, заведующий кафедрой истории медицины, истории Отечества и культурологии ФГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Москва, Россия).

Басова Анна Яновна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и медицинской психологии ФГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России.

Тел.: +79260228133; эл. почта: dr.anna.basova@gmail.ru

Белова Юлия Михайловна – аспирант курса истории медицины ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов» (Москва, Россия).

Бергер Елена Евгеньевна – кандидат исторических наук, старший научный сотрудник отдела средних веков ФГБНУ «Институт всеобщей истории» РАН (Москва, Россия).

Тел.: +79035748203; эл. почта: lenaberger67@gmail.com

Борзунов Дмитрий Юрьевич – доктор медицинских наук, заместитель директора ФГБУ «Российский научный центр “Восстановительная травматология и ортопедия” им. акад. Г.А. Илизарова» Минздрава России (Курган, Россия).

Тел.: +73522234243.

Бородулин Владимир Иосифович – доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник отдела истории медицины ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко» Минздрава России (Москва, Россия).

Тел.: +74954543106; эл. почта: vborodul@mail.ru

Васильев Константин Константинович – доктор медицинских наук, профессор кафедры социальной медицины Одесского национального медицинского университета (Одесса, Украина).

Тел.: +380996425400; эл. почта: vasylyev-sumy@mail.ru

Васильев Юрий Константинович – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры социальной медицины Сумского государственного университета (Сумы, Украина).

Тел.: +380994480002; эл. почта: vasylyev.sumy@gmail.com

Васильев Константин Георгиевич (1919–2015) – доктор медицинских наук, профессор (Одесса, Украина).

Глянцев Сергей Павлович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделом истории сердечно-сосудистой хирургии ФГБУ «НЦССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России (Москва, Россия).

Тел.: +74954147954; эл. почта: spglyantsev@mail.ru

Горбунова Зинаида Ивановна – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник, ученый секретарь ФГБУ «Уральский НИИ травматологии и ортопедии им. В.Д. Чаклина» Минздрава России (Курган, Россия).

Тел.: +73433711313; эл. почта: uniito@weborto.net

Губин Александр Вадимович – доктор медицинских наук, профессор, директор ФГБУ «Российский научный центр “Восстановительная травматология и ортопедия” им. акад. Г.А. Илизарова» Минздрава России (Курган, Россия).

Гюльназарова Стелла Валерьевна – доктор медицинских наук, профессор, начальник травматолого-ортопедического отдела № 2 ФГБУ «Уральский НИИ травматологии и ортопедии им. В.Д. Чаклина» Минздрава России (Курган, Россия).

Тел.: +73433832462.

Джириков Юрий Аскерович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры ортопедической стоматологии и протетики ФГБОУ ВПО «Московский государственный медицинский стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России (Москва, Россия).

Егорышева Ирина Валентиновна – кандидат исторических наук, ведущий научный сотрудник отдела истории медицины ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко».

Тел.: +74959178939; эл. почта: egorysheva@rambler.ru

Ерегина Наталья Тимофеевна – доктор исторических наук, доцент, заведующая кафедрой истории и философии ФГБОУ ВПО «Ярославский государственный медицинский университет» (Ярославль, Россия).

Тел. +79038289728; +74852770447; эл. почта: ereginant@mail.ru

Затравкин Сергей Наркизович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделом истории медицины ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко» (Москва, Россия).

Тел.: +79039613727; эл. почта: zatravkine@mail.ru

Зорин Константин Вячеславович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры педагогики и психологии ФГБОУ ВПО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России (Москва, Россия).

Тел.: +74956813616; эл. почта: zkv1000@yandex.ru

Карташев Андрей Владимирович – доктор исторических наук, доцент, начальник центра изучения истории медицины и общественного здоровья, профессор кафедры общественного здоровья, организации здравоохранения и медицинской информатики ФГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России (Ставрополь, Россия).

Тел.: +79054636574; эл. почта: andreyy_kartashev@rambler.ru

Кокорина Марина Вячеславовна – заведующая Музеем истории ГБУ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н. А. Алексеева» Департамента здравоохранения города Москвы (Москва, Россия).

Тел.: +79104459073; эл. почта: mkokorina@yandex.ru

Кутепов Сергей Михайлович – доктор медицинских наук, профессор, ректор ФГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России (Екатеринбург, Россия).

Ларионов Леонид Петрович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой фармакологии ФГОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России (Екатеринбург, Россия).

Маадыр М.С. – кандидат исторических наук; заведующая научной библиотекой Государственного бюджетного учреждения ГБУ «НИИ медико-социальных проблем и управления Республики Тыва» (Кызыл, Республика Тыва).

Магомедова Сукайнат Магомедовна – врач, сердечно-сосудистый хирург ФГБУ «НЦССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России (Москва, Россия).
Тел.: +79175138861; эл. почта: magomedova.sonya@list.ru

Микиртичан Галина Львовна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой гуманитарных дисциплин и биоэтики ФГОУ ВПО «С-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия (С.-Петербург, Россия).

Тел.: +78125425565; эл. почта: glm306@yandex.ru

Мингазова Гульчира Мингазияновна – заведующая Музеем истории ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России (Казань, Россия).

Тел.: +78432333468; эл. почта: Gulchira.Mingazova@tatar.ru

Одинцова В.В. – ГБУ «НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента» Департамента здравоохранения г. Москвы (Россия).

Паиков Константин Анатольевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой истории медицины ФГБОУ ВПО «Московский государственный медицинский стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России (Москва, Россия).

Потекаев Н.Н. – ГБУ «НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента» Департамента здравоохранения г. Москвы (Россия).

Скоромец Николай Михайлович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения, хранитель Музея ФГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России (Екатеринбург, Россия).

Смирнова Елена Михайловна – кандидат исторических наук, доцент кафедры истории и философии ФГБОУ ВПО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России (Ярославль, Россия).

Тел. +79206519658, +74852732096; эл. почта: smirnova.klio@mail.ru

Солейко Елена Витальевна – доктор медицинских наук, профессор кафедры внутренней медицины № 2 Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова (Винница, Украина).

Тел.: +380972114435; эл. почта: tsar-vn@mail.ru

Солейко Лариса Петровна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры пропедевтики внутренней медицины Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова Минздрава Украины (Винница, Украина).

Тел.: +380972114435; эл. почта: tsar-vn@mail.ru

Сорокина Татьяна Сергеевна – доктор медицинских наук, профессор, заслуженный работник высшей школы РФ, заведующая курсом истории медицины ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов» (Москва, Россия).

Тел.: +74954545450; эл. почта: tatiana.s.sorokina@gmail.com

Сточик Андрей Михайлович (1939–2015) – доктор медицинских наук, профессор, академик РАН (Москва, Россия).

Тополянский Алексей Викторович – доктор медицинских наук, профессор кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи ФГБОУ ВПО «Московский государственный медицинский стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России (Москва, Россия); заведующий отделением кардиологии ГБУЗ «ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого» Департамента здравоохранения города Москвы (Москва, Россия).

Тел. +79167414645; эл. почта: avtop2004@mail.ru

Царенко Сергей Александрович – кандидат архитектуры, главный архитектор г. Винницы, член ICOMOS (Винница, Украина).

Тел.: +380972114435; эл. почта: tsar-vn@mail.ru

Чиж Нина Васильевна – зам. зав. Центр развития историко-медицинских музеев ФГБОУ ВПО «Московский государственный медицинский стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России; зав. отделом «Российский музей медицины» Национального НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко. (Москва, Россия).

Тел.: +79055793366; эл. почта: nina-chizh@yandex.ru

Чирцова Марина Геннадьевна – младший научный сотрудник отдела социологии медицины и общественного здоровья ЦНИЛ ФГБУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России (Архангельск, Россия).

Тел.: +78182285789; эл. почта: museumnsmu@mail.ru

Шадрин Павел Владимирович – лаборант кафедры истории медицины ФГБОУ ВПО «Московский государственный медицинский стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России (Москва, Россия).

Тел.: +79267061891.

Шмилович Аркадий Липович – кандидат медицинских наук, заведующий медико-реабилитационным отделением ГБУ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева» Департамента здравоохранения города Москвы (Москва, Россия).

Тел.: +79459528740; эл. почта: klubpsihiatrov@mail.ru

Юркевич Кирилл Юрьевич – ординатор кафедры протезирования зубных рядов ФГБОУ ВПО «Московский государственный медицинский стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России (Москва, Россия).

Тел.: +79165223282; эл. почта: MdYurkevich@ya.ru

Якушенко Анна Владимировна – клинический психолог медико-реабилитационного отделения ГБУ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н. А. Алексеева» Департамента здравоохранения города Москвы (Москва, Россия).

Тел.: +74959528181; эл. почта: yakushenko-anna@yandex.ru

Персональный состав РОИМ в 2016 г.

1. *Абрамов Василий Викторович* – Пензенская область;
2. *Абросимова Марина Юрьевна* (член Президиума РОИМ) – Республика Татарстан;
3. *Акименко Г.В.* – Кемеровская область;
4. *Аксенова Екатерина Дмитриевна* – Тверская область;
5. *Акулин Игорь Михайлович* – г. Санкт-Петербург;
6. *Алексеев Николай Александрович* – Челябинская область;
7. *Алексеева Наталья Юрьевна* – Иркутская область;
8. *Аликова Зара Рамазановна* – Республика Северная Осетия – Алания;
9. *Андреева Анна Владимировна* (член Президиума РОИМ) – Архангельская область;
10. *Андреева Людмила Михайловна* – Пермский край;
11. *Архипкина Алла Петровна* – Самарская область;
12. *Асауляк В.В.* – Кемеровская область;
13. *Асташин Андрей Анатольевич* – Владимирская область;
14. *Ахмадиева Гульсу Равхатовна* – Республика Башкортостан;
15. *Балалыкин Дмитрий Алексеевич* (заместитель председателя РОИМ) – г. Москва;
16. *Барабанова Марина Николаевна* – Мурманская область;
17. *Бардина Яна Николаевна* – Смоленская область;
18. *Бармина Лидия Александровна* – Самарская область;
19. *Беккер Иван Генрихович* – Алтайский край;
20. *Белинская Карина Ырысовна* – г. Новосибирск;
21. *Белова Любовь Ивановна* – Волгоградская область;
22. *Бердюгин Андрей Георгиевич* – Тюменская область;
23. *Березовский Иван Викторович* – Тверская область;
24. *Бехтер Сергей Сергеевич* – Краснодарский край;
25. *Бородулин Владимир Иосифович* (член ревизионной комиссии РОИМ) – г. Москва;
26. *Борицук Евгений Леонидович* – Оренбургская область;
27. *Босак Владимир Сергеевич* – Приморский край;
28. *Братухина Ольга Анатольевна* – Кировская область;
29. *Будко Анатолий Андреевич* (член Президиума РОИМ) – г. Санкт-Петербург;
30. *Бульгина Ольга Викторовна* – Смоленская область;
31. *Бунин Алексей Олегович* – Ивановская область;
32. *Бурнышев Иван Григорьевич* – Пермский край;

33. Бякина Валентина Петровна – г. Санкт-Петербург;
34. Вильгельм Виктор Давыдович – Ханты-Мансийский АО;
35. Владимиров Владислав Владимирович – Краснодарский край;
36. Владимирова Ольга Александровна – Московская область;
37. Воронов Юрий Евгеньевич – Костромская область;
38. Вязикова Анастасия Александровна – Оренбургская область;
39. Гайдаров Гайдар Мамедович – Иркутская область;
40. Герлингер Татьяна Петровна – Самарская область;
41. Глянец Сергей Павлович (заместитель председателя РОИМ) – г. Москва;
42. Гончар Владимир Владимирович – Хабаровский край;
43. Губин Александр Вадимович – Курганская область;
44. Гурулева Юлия Юрьевна – Забайкальский край;
45. Гурьева Марина Элисовна – Республика Татарстан;
46. Давыдова Татьяна Викторовна – г. Санкт-Петербург;
47. Данилова Ксения Александровна – Удмуртская Республика;
48. Джиоева Ирина Акимовна – Республика Северная Осетия – Алания;
49. Джураева Шоира Файзовна – Ивановская область;
50. Додонова Инна Владимирович – г. Санкт-Петербург;
51. Донцов Владимир Григорьевич – Воронежская область;
52. Дрошнева Инна Викторовна – г. Москва;
53. Дугинец Светлана Михайловна – Ставропольский край;
54. Дякина Светлана Ивановна – Липецкая область;
55. Ежова Наталья Николаевна – Удмуртская Республика;
56. Емангулова Наталья Леонидовна – Ульяновская область;
57. Ерегина Наталья Тимофеевна (член Президиума РОИМ) – Ярославская область;
58. Еремеева Татьяна Федоровна – Мурманская область;
59. Есауленко Игорь Эдуардович – Воронежская область;
60. Жаров Леонид Всеволодович – Ростовская область;
61. Жеребятнева Светлана Романовна – Рязанская область;
62. Журавлева Татьяна Васильевна – г. Москва;
63. Завьялов Аркадий Иванович (член Президиума РОИМ) – Саратовская область;
64. Запускалов Дмитрий Сергеевич – Омская область;
65. Зафировна Василиса Баисиевна – Ставропольский край;
66. Захарова Екатерина Юрьевна – Новгородская область;
67. Зеленин Сергей Федорович – Томская область;
68. Зимин Игорь Викторович – г. Санкт-Петербург;
69. Зиятдинов Рафаэль Зульфегарович – Республика Башкортостан;
70. Зубрилин Игорь Сергеевич – Томская область;

71. Иванов Александр Геннадьевич – Тверская область;
72. Иванов Антон Юрьевич – Республика Татарстан;
73. Иванов Михаил Васильевич – Воронежская область;
74. Иванова Нина Николаевна – Удмуртская Республика;
75. Иванова Регина Геннадьевна – Республика Татарстан;
76. Измайлова Нина Николаевна – Новосибирская область;
77. Ильинская Лада Юрьевна – Новгородская область;
78. Илюхин Алексей Алексеевич – Калужская область;
79. Кабулова Ирма Ушанговна – Республика Северная Осетия – Алания;
80. Казьмина М.В. – Кемеровская область;
81. Калганова Елена Леонтьевна – Ульяновская область;
82. Калинин Роман Евгеньевич – Рязанская область;
83. Камалова Ольга Николаевна – Ростовская область;
84. Карташев Андрей Владимирович (член Президиума РОИМ) – Ставропольский край;
85. Каспрук Людмила Ильинична – Оренбургская область;
86. Каширина Наталья Вячеславовна – Томская область;
87. Киньябулатов Азат Уранович – Республика Башкортостан;
88. Киричук Сергей Васильевич – Калужская область;
89. Кистенев Виталий Валентинович – Белгородская область;
90. Кистенева Ольга Алексеевна – Белгородская область;
91. Киценко Ольга Сергеевна – Волгоградская область;
92. Киценко Роман Николаевич – Волгоградская область;
93. Кичигин Александр Васильевич – Ханты-Мансийский АО;
94. Клецов Алексей Владимирович – Приморский край;
95. Кленов Михаил Владимирович (член Президиума РОИМ) – г. Москва;
96. Ключева Ольга Викторовна – Удмуртская Республика;
97. Ковалевская Надежда Евгеньевна – Ямало-Ненецкий АО;
98. Козовенко Михаил Никонович (председатель ревизионной комиссии) – г. Москва;
99. Койчуева Софья Магометовна – Ставропольский край;
100. Кокорина Марина Вячеславовна – г. Москва;
101. Колобина Людмила Александровна – Московская область;
102. Колонтарева Раиса Николаевна – Липецкая область;
103. Колунина Светлана Александровна – Тюменская область;
104. Коляновская Лариса Антоновна – Костромская область;
105. Комиссарова Елена Васильевна – Волгоградская область;
106. Кондрашкина Лариса Геннадьевна – г. Санкт-Петербург;
107. Коноплева Елена Леонидовна – Смоленская область;
108. Корепанова Мария Павловна – Ямало-Ненецкий АО;
109. Королева Оксана Михайловна – Тверская область;

110. Корольков Артур Сергеевич – Ставропольский край;
 111. Косовцов Владимир Алексеевич – Новосибирская область;
 112. Костакова Татьяна Александровна – Хабаровский край;
 113. Костыря Светлана Александровна – Мурманская область;
 114. Котов Андрей Александрович – Челябинская область;
 115. Кочергин Алексей Владимирович – Оренбургская область;
 116. Красненков Валерий Леонидович – Тверская область;
 117. Кругов Иван Викторович – Краснодарский край;
 118. Кудрявцев Павел Леонидович – Пермский край;
 119. Куковякин Сергей Анатольевич – Кировская область;
 120. Куковякина Наталья Донатовна – Кировская область;
 121. Курьянов Александр Константинович – Ставропольский край;
 122. Лавлинская Людмила Ивановна – Воронежская область;
 123. Лавлинская Татьяна Александровна – Воронежская область;
 124. Ланцов Александр Алексеевич – Тюменская область;
 125. Латипова Елена Петровна – Ульяновская область;
 126. Леонова Людмила Серафимовна – Омская область;
 127. Леонова Татьяна Анатольевна – Липецкая область;
 128. Лобанов Александр Юрьевич – г. Москва;
 129. Логинов Василий Анатольевич – г. Москва;
 130. Лудникова Любовь Романовна – Ямало-Ненецкий АО;
 131. Лямина Татьяна Евгеньевна – Смоленская область;
 132. Лятушкевич И.Ю. – Ярославская область;
 133. Маевская Ирина Викторовна – Иркутская область;
 134. Максименко Людмила Леонидовна – Ставропольский край;
 135. Малыгина Валентина Африкановна – Ямало-Ненецкий АО;
 136. Мальцев Анатолий Александрович – Ульяновская область;
 137. Маляров Николай Александрович – Рязанская область;
 138. Мамонова Нина Сергеевна – Воронежская область;
 139. Мариева Анна Алексеевна – Архангельская область;
 140. Маркина Алена Юрьевна – Челябинская область;
 141. Марков Роман Александрович (исполнительный директор РОИМ) – г. Москва;
 142. Маркова Светлана Васильевна – Воронежская область;
 143. Маркосян Заруи Самвеловна – Воронежская область;
 144. Мартынов Андрей Прокопьевич – Забайкальский край;
 145. Маслова Надежда Андреевна – г. Санкт-Петербург;
 146. Медведева Любовь Александровна – Мурманская область;
 147. Мендрин Галина Ивановна – Томская область;
 148. Микиртичан Галина Львовна (член Президиума РОИМ) – г. Санкт-Петербург;

149. Михайлова Т.М. – Кемеровская область;
 150. Мицюк Наталья Александровна – Смоленская область;
 151. Моисеенко Артем Сергеевич – Приморский край;
 152. Моисеенкова Лариса Николаевна – Смоленская область;
 153. Моськина Наталья Григорьевна – Калужская область;
 154. Мочалина Людмила Алексеевна – Томская область;
 155. Муравьева Валентина Николаевна – Ставропольский край;
 156. Муранова Ольга Владимировна – г. Санкт-Петербург;
 157. Мякишев М.Н. – Кемеровская область;
 158. Нагорная Светлана Владимировна – Смоленская область;
 159. Назаров Геннадий Михайлович – Пензенская область;
 160. Неклюдов Иван Игоревич – Приморский край;
 161. Некрасова Надежда Федоровна – Ханты-Мансийский АО;
 162. Нечаев Олег Игоревич – Пермский край;
 163. Новокщенина Ирина Евгеньевна – Ханты-Мансийский АО;
 164. Нувахов Борис Шамилевич (член Президиума РОИМ) – г. Москва;
 165. Огнева Екатерина Юрьевна – Московская область;
 166. Осокин Михаил Геннадьевич – Владимирская область;
 167. Остапенко Вероника Михайловна (член Президиума РОИМ) – Смоленская область;
 168. Офицерова Татьяна Григорьевна – Московская область;
 169. Павлова Галина Владимировна – Удмуртская Республика;
 170. Павлова Наталья Васильевна – г. Санкт-Петербург;
 171. Пакулина Галина Викторовна – Ямало-Ненецкий АО;
 172. Палатова Людмила Федоровна – Пермский край;
 173. Панфилова Юлия Николаевна – Челябинская область;
 174. Пашиков Константин Анатольевич (председатель РОИМ) – г. Москва;
 175. Пашикова Марина Алексеевна – Новосибирская область;
 176. Пащенко Елена Ивановна – Волгоградская область;
 177. Петров Вячеслав Викторович – Саратовская область;
 178. Петров Сергей Александрович – Забайкальский край;
 179. Петрова Наталья Гурьевна – г. Санкт-Петербург;
 180. Петрушин Вячеслав Михайлович – Владимирская область;
 181. Пиванова Наталья Львовна – Ставропольский край;
 182. Подволоцкая Инесса Никифоровна – Ямало-Ненецкий АО;
 183. Поддубный Михаил Владимирович (член Президиума РОИМ) – г. Москва;
 184. Полунина Наталья Валентиновна (член Президиума РОИМ) – г. Москва;
 185. Попова Анна Геннадьевна – Архангельская область;
 186. Попова Наталья Митрофановна – Удмуртская Республика;

187. Приклонская Людмила Александровна – Тверская область;
188. Пудова Елена Игоревна – Калужская область;
189. Пуляев Георгий Никифорович – Ямало-Ненецкий АО;
190. Ратманов Павел Эдуардович – Хабаровский край;
191. Резвушкин Кирилл Евгеньевич – Челябинская область;
192. Розенфельд Лариса Григорьевна – Челябинская область;
193. Ронжин Сергей Геннадьевич – Томская область;
194. Рычкова Марина Владимировна – Алтайский край;
195. Савальский Игорь Владимирович – Новосибирская область;
196. Савельев Владимир Никифорович – Удмуртская Республика;
197. Савина Елена Камильевна – Оренбургская область;
198. Садко Николай Владимирович – Хабаровский край;
199. Сайед Камруззаман – Тверская область;
200. Санников Анатолий Леонидович – Архангельская область;
201. Селивестрова Елена Анатольевна – Омская область;
202. Селищева Светлана Евгеньевна – Московская область;
203. Сельская В.А. – Ярославская область;
204. Симакова Татьяна Васильевна – Костромская область;
205. Ситникова Лариса Николаевна – Воронежская область;
206. СклярOVA Елена Константиновна – Ростовская область;
207. Сквонень Анастасия Сергеевна – Новосибирская область;
208. Слугин Николай Дмитриевич – Липецкая область;
209. Смирнова Е.М. – Ярославская область;
210. Смолин Сергей Михайлович – Самарская область;
211. Созинов Алексей Станиславович – Республика Татарстан;
212. Соколов Юрий Михайлович – Самарская область;
213. Соколова Елена Александровна – Рязанская область;
214. Соколова Марина Геннадьевна – Смоленская область;
215. Соктуев Баир Сыдынович – Иркутская область;
216. Солоницына Маргарита Семеновна – Ямало-Ненецкий АО;
217. Сорокина Марина Юрьевна – г. Москва;
218. Сорокина Татьяна Сергеевна (член Президиума РОИМ) – г. Москва;
219. Спевак Роман Сергеевич – Ставропольский край;
220. Сточик Андрей Михайлович – г. Москва;
221. Струсь Леонид Филиппович – Ханты-Мансийский АО;
222. Суботялов Михаил Альбертович – Новосибирская область;
223. Тарасова Инна Сергеевна – Челябинская область;
224. Терлецкий Александр Евгеньевич – Новгородская область;
225. Тимошенко Вера Олеговна – Красноярский край;
226. Тимошкин Валерий Николаевич – Пензенская область;
227. Толмачев Денис Анатольевич – Удмуртская Республика;

228. Гутаева Альфия Амировна – Республика Татарстан;
229. Тюков Юрий Аркадьевич – Челябинская область;
230. Тюрикова Ольга Ивановна – Архангельская область;
231. Тюрин Ольга Вадимовна – Ивановская область;
232. Улупова Галина Александровна – Тверская область;
233. Ухватова Елена Алексеевна – Белгородская область;
234. Федоренко Павел Петрович – Смоленская область;
235. Фирсов Д.Е. – Ярославская область;
236. Храмова Юлия Владимировна – Удмуртская Республика;
237. Хрипунова Алеся Александровна – Ставропольский край;
238. Цындюева Марта Евгеньевна – Забайкальский край;
239. Чеджемов Алан Юрьевич – Республика Северная Осетия – Алания;
240. Чеджемов Сергей Русланович – Республика Северная Осетия – Алания;
241. Челнокова Татьяна Михайловна – Красноярский край;
242. Чернолихов А.А. – Ярославская область;
243. Черных Екатерина Алексеевна – Воронежская область;
244. Чиж Нина Васильевна (член ревизионной комиссии РОИМ) – г. Москва;
245. Чирцова Марина Георгиевна – г. Санкт-Петербург;
246. Шалякин Игорь Васильевич – Алтайский край;
247. Шамин Александр Сергеевич – Челябинская область;
248. Шевченко Ирина Геннадьевна – Удмуртская Республика;
249. Шелия Ж.А. – Ярославская область;
250. Шконда Виктория Олеговна – Новосибирская область;
251. Шматко Татьяна Федоровна – Тверская область;
252. Шубкин Михаил Владимирович – Красноярский край;
253. Шульмин Андрей Владимирович – Красноярский край;
254. Юсупова Мария Константиновна – Ямало-Ненецкий АО;
255. Яцинюк Борис Борисович – Ханты-Мансийский АО;
256. Яцкевич Сергей Николаевич – Саратовская область;
257. Васильев Константин Константинович – Одесса (Украина);
258. Салакс Юрис Мартынович – Рига (Латвия);
259. Werner Artur – Дюсельдорф (Германия).

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENT

<i>Пашков К.А. (Москва, Россия). К читателям</i> <i>Pashkov K.A. (Moscow, Russia). To readers.....</i>	3
ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ GENERAL ISSUES OF HISTORY OF MEDICINE	4
<i>Бородулин В.И. (Москва, Россия). Избранные страницы прошлого и настоящего отечественной истории медицины.</i> <i>Borodulin V. I. (Moscow, Russia). Selected pages of the past and present history of domestic medicine.....</i>	4
<i>Васильев К.К. (Одесса, Украина), Васильев Ю.К. (Сумы, Украина). Профессор Константин Георгиевич Васильев (1919–2015) – патриарх советских историков медицины</i> <i>Vasilyev K.K. (Odessa, Ukraina), Vasilyev Yu.K. (Sumy, Ukraina). Professor Konstantin G. Vasilyev (1919–2015) – the Patriarch of Soviet historians of medicine.</i>	17
<i>Васильев К.Г. (Одесса, Украина). К историографии историко-медицинской науки в СССР: конференции и съезды Всесоюзного общества историков медицины (1959–1986).</i> <i>Vasilyev K.G. (Odessa, Ukraina). By the historiography of historical-medical science in the USSR: All-Union conferences and congresses of Society of Medicine Historians (1959–1986).</i>	35
<i>Пашков К.А., Глянцев С.П., Балалыкин Д.А. (Москва, Россия). Награды для медиков – врачей, ученых, педагогов: история и современность.</i> <i>Pashkov K.A., Glyantsev S.P., Balalykin D.A. (Moscow, Russia). Awards for physicians – doctors, scientists, teachers: past and present.</i>	41
ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ ДРЕВНЕГО МИРА И СРЕДНИХ ВЕКОВ HISTORY OF MEDICINE OF ANCIENT WORLD AND THE MIDDLE AGES	48
<i>Бергер Е.Е., Глянцев С.П. (Москва, Россия). «Первый после Бога...»: Амбруаз Парэ и лечение ран в XVI в.</i> <i>Berger E.E., Glyantsev S.P. (Moscow, Russia). «Next after God...»: Ambroise Paré and wound management in XVI century</i>	48

<i>Глянцев С.П., Магомедова С.М. (Москва, Россия). Учение о пульсе в Средние века: взгляд из настоящего в прошлое.</i> <i>Glyantsev S.P., Magomedova S.M. (Moscow, Russia). The doctrine of the pulse of the Middle Ages: a view from the present to the past.....</i>	68
<i>Зорин К.В. (Москва, Россия). Психическое здоровье и нездоровье личности в трудах Галена: аспекты педагогики и биоэтики.</i> <i>Zorin K.V. (Moscow, Russia). Mental health and illness of the person in the Galen's writings: aspects of pedagogy and bioethics.</i>	77
<i>Зорин К.В. (Москва, Россия). Книга Галена «О вскрытии вен, против последователей Эрасистрата, живущих в Риме»: психолого-педагогический анализ.</i> <i>Zorin K.V. (Moscow, Russia). Galen's book «On flebotomia, against the Erasistratus followers living in Rome»: psycho-pedagogical analysis....</i>	85
<i>Сорокина Т.С., Белова Ю.М. (Москва, Россия). Древнеегипетская медицина в Российской периодике XVIII–XIX столетий.</i> <i>Sorokina T.S., Belova Yu.M. (Moscow, Russia). Ancient Egyptian Medicine in the Russian periodicals of XVIII–XIX centuries.</i>	94
ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ НОВОГО ВРЕМЕНИ HISTORY OF MEDICINE IN MODERN TIMES.....	102
<i>Андреева О.В., Егорышева И.В. (Москва, Россия). Москва – объединяющий центр земской медицины.</i> <i>Andreeva O.V., Egorysheva I.V. (Moscow, Russia). Moscow – the unites center of the Counties medicine.</i>	102
<i>Бородулин В.И., Пашков К.А., Тополянский А.В., Шадрин П.В. (Москва, Россия) Из истории медицинского факультета Московского университета: факультетская терапевтическая клиника после Г.А. Захарьина (конец XIX в.).</i> <i>Borodulin V.I., Pashkov K.A., Topolyanskiy A.V., Shadrin P.V. (Moscow, Russia). From the history of the medical faculty of Moscow University: Faculty therapeutic department after GA Zakharyin (the end of XIX century).....</i>	111
<i>Затравкин С.Н., Сточик А.М. (Москва, Россия). Становление патологической анатомии как науки и предмета преподавания в Московском университете.</i> <i>Zatravkin S.N., Stochik A.M. (Moscow, Russia). Formation of pathological anatomy as a science and a teaching subject at the Moscow University.....</i>	116
<i>Мингазова Г.М. (Казань, Россия). Страницы истории медицины Республики Татарстан в освещении профессором К.Ш. Зыятдиновым.</i> <i>Mingazova G.M. (Kazan, Russia). Pages of History of the Republic of Tatarstan: view of Professor K.S. Zyuyatdinov.....</i>	129

- Потекаев Н.Н., Андреева О.В., Одинцова В.В. (Москва, Россия).* Меценатство в России до 1917 г.: страницы истории партнерства государства и предпринимательства в охране здоровья населения Москвы.
Potekaev N.N., Andreeva O.V., Odinzova V.V. (Moscow, Russia). Charity in Russia up to 1917: the pages of history of partnership between government and business in the health of the population of Moscow. 140
- Смирнова Е.М. (Ярославль, Россия).* Негосударственный сектор здравоохранения в России в первой половине XIX в. (по материалам архивов губерний Верхневолжского региона).
Smirnova E.M. (Yaroslavl, Russia). Non-government health sector in Russia in the first half of the XIX century (based on the archives of the Upper Volga region provinces). 150

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ НОВЕЙШЕГО ВРЕМЕНИ HISTORY OF MEDICINE IN NEWEST TIMES..... 160

- Бородулин В.И., Тополянский А.В. (Москва, Россия).* Из истории медицины в России: Медико-биологический институт.
Borodulin V.I., Topolyanskiy A.V. (Moscow, Russia). From the history of medicine in Russia: Medical and Biological Institute. 160
- Горбунова З.И., Гюльназарова С.В. (Екатеринбург, Россия).* Вклад врачей Уральского НИИТО в победу советского народа в Великой Отечественной войне.
Gorbunova Z.I., Gyl'nazarova S.V. (Ekaterinburg, Russia). Contribution of physicians of Urals NIITO in the Soviet people's victory in the Great Patriotic War 165
- Губин А.В., Борзунов Д.Ю. (Курган, Россия).* Парадигма Илизарова.
Gubin A.V., Borzunov D.Yu. (Kurgan, Russia). Ilizarov's paradigm. 183
- Ерегина Н.Т. (Ярославль, Россия).* Подготовка медицинских кадров в СССР в годы Великой Отечественной войны.
Eryogina N.T. (Yaroslavl, Russia). Training of health personnel in the USSR during the Great Patriotic War. 194
- Ларионов Л.П., Кутепов С.М., Скоромец Н.М. (Екатеринбург, Россия).* Исторический опыт аптек Урала в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.
Larionov L.P., Kutepov S.M., Skoromez N.M. (Ekaterinburg, Russia). Historical experience of Urals pharmacies in the Great Patriotic War 1941–1945. 202
- Маадыр М.С. (Кызыл, Республика Тыва, Россия).* Развитие медицины в Тувинской Народной Республике в 1921–1944 гг.
Maadyr M.S. (Kysyl, Tyva Republic). The development of medicine in the Tuvan People's Republic in 1921–1944. 212

НАУЧНЫЕ ШКОЛЫ В МЕДИЦИНЕ SCIENTIFIC SCHOOLS IN MEDICINE..... 222

- Бородулин В.И., Глянцев С.П. (Москва, Россия).* Наши подходы к изучению проблемы научных клинических школ в России.
Borodulin V.I., Glyantsev S.P. (Moscow, Russia). Our approaches to the study of the problems of scientific clinical schools in Russia. 222
- Микиртичан Г.Л. (С.-Петербург, Россия).* Некоторые методические аспекты изучения научных школ в педиатрии (на примере Петербурга – Ленинграда).
Mikirtichan G.L. (St.-Petersburg, Russia). Some methodological aspects of the study of scientific schools in Paediatrics (for example of St. Petersburg – Leningrad). 229
- Микиртичан Г.Л. (С.-Петербург, Россия).* Научная педиатрическая школа М.С. Маслова
Mikirtichan G.L. (St.-Petersburg, Russia). MS Maslov's scientific school in Paediatrics. 243

ВОЗВРАЩЕННЫЕ ИМЕНА RETURNED NAMES..... 257

- Андреева А.В. (Архангельск, Россия).* Хирург и политический деятель России Сергей Андреевич Никонов (к 150-летию со дня рождения).
Andreeva A.V. (Arkhangelsk, Russia). Sergey A. Nikonov – the surgeon and politician of Russia (the 150th anniversary of his birth). 257
- Андреева А.В., Чирцова М.Г. (Архангельск, Россия).* Хирург Абрикосов из Архангельска.
Andreeva A.V., Chirtsova M.G. (Arkhangelsk, Russia). Surgeon Abrikosov from Arkhangelsk. 264
- Карташев А.В. (Ставрополь, Россия).* «Три сестры» из Ставрополя: три эпохи милосердия.
Kartashov A.V. (Stavropol, Russia). «Three Sisters» from Stavropol: three era of charity. 268
- Солейко Л., Солейко Е., Царенко С. (Винница, Украина).* Наследие профессора Меринга.
Soleiko L., Soleiko E., Zarenko S. (Vinnitsa, Ukraine). Legacy of Professor Mehring. 274
- Солейко Е., Солейко Л., Царенко С. (Винница, Украина).* Винницкий городской голова доктор Оводов.
Soleiko L., Soleiko E., Zarenko S. (Vinnitsa, Ukraine). Dr. Ovodov – Mayor of Vinnitsa. 283

Андреева А.В., Чирцова М.Г. (Архангельск, Россия). Первый заведующий кафедрой общей биологии Архангельского медицинского института Семен Иосифович Рубашев (к 115-летию со дня рождения).
Andreeva A.V., Chirtsova M.G. (Arkhangelsk, Russia). Semen I. Rubashev – the first Head of the Department of General Biology of the Arkhangelsk Medical Institute (to 115th anniversary of his birth)..... 288

**МЕДИЦИНСКИЙ МУЗЕЙ
 MEDICAL MUSEUM..... 293**

Пашков К.А., Чиж Н.В. (Москва, Россия) Медицинский музей: генезис и систематизация.
Pashkov K.A., Chizh N.V. (Moscow, Russia) Medical museum: genesis and systematization..... 293

Кокорина М.В., Шмилович А.Л., Якушенко А.В., Басова А.Я. (Москва, Россия). Экспозиция музея городской психиатрической больницы в психопросвещении пациентов и ее влияние на их представления о себе, своей болезни и ее лечении.
Kokorina M.V., Shmilovitch A.L., Yakushenko A.V., Basova A.Ya. (Moscow, Russia). City Psychiatric Hospital Museum in patients psychoeducation and its impact on their perceptions of themselves, their illness and its treatment..... 300

**ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ В ИСКУССТВЕ
 HISTORY OF MEDICINE IN ART..... 305**

Юркевич К.Ю., Джириков Ю.А. (Москва, Россия). История зубо врачевания в произведениях искусства.
Yurkevitch K.Yu., Dzshirikov Yu. A. (Moscow, Russia). History of Dentistry in Art..... 305

**РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ИСТОРИКОВ МЕДИЦИНЫ
 (РОИМ)
 RUSSIAN SOCIETY OF HISTORIANS OF MEDICINE (RSHM)..... 316**

Пашков К.А. (Москва, Россия). РОИМ: первые итоги деятельности.
Pashkov K.A. (Moscow, Russia). RSHM: the first results of activity..... 316

**СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ
 INFORMATION ABOUT AUTHORS..... 321**

**ПЕРСОНАЛЬНЫЙ СОСТАВ РОИМ в 2016 г.
 PERSONAL STRUCTURE OF RSHM in 2016..... 327**

Российское общество историков медицины

**Historiae medicinae scriptorum Rossicorum
OPERA MEDICA HISTORICA**

**Российских историков медицины
ТРУДЫ ПО ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ**

Альманах
Том 1

Научное издание

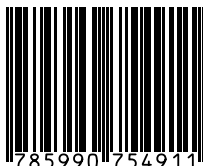
Редакционная коллегия:

*С.П. Глянец (ответственный редактор),
Д.А. Балалыкин, В.И. Бородулин, К.А. Паиков, М.В. Поддубный,
Т.С. Сорокина*

Подготовлено и отпечатано в ООО «Печатный дом «Магистраль»
121087, Москва, Багратионовский проезд, д. 5, стр. 19

Подписано в печать 20.10.2016.
Формат 162×230 мм. Печать офсетная. Бумага офсетная.
Тираж 1000 экз. Заказ 3208-1

ISBN 978-5-9907549-1-1



9 785990 754911