

РОИМ

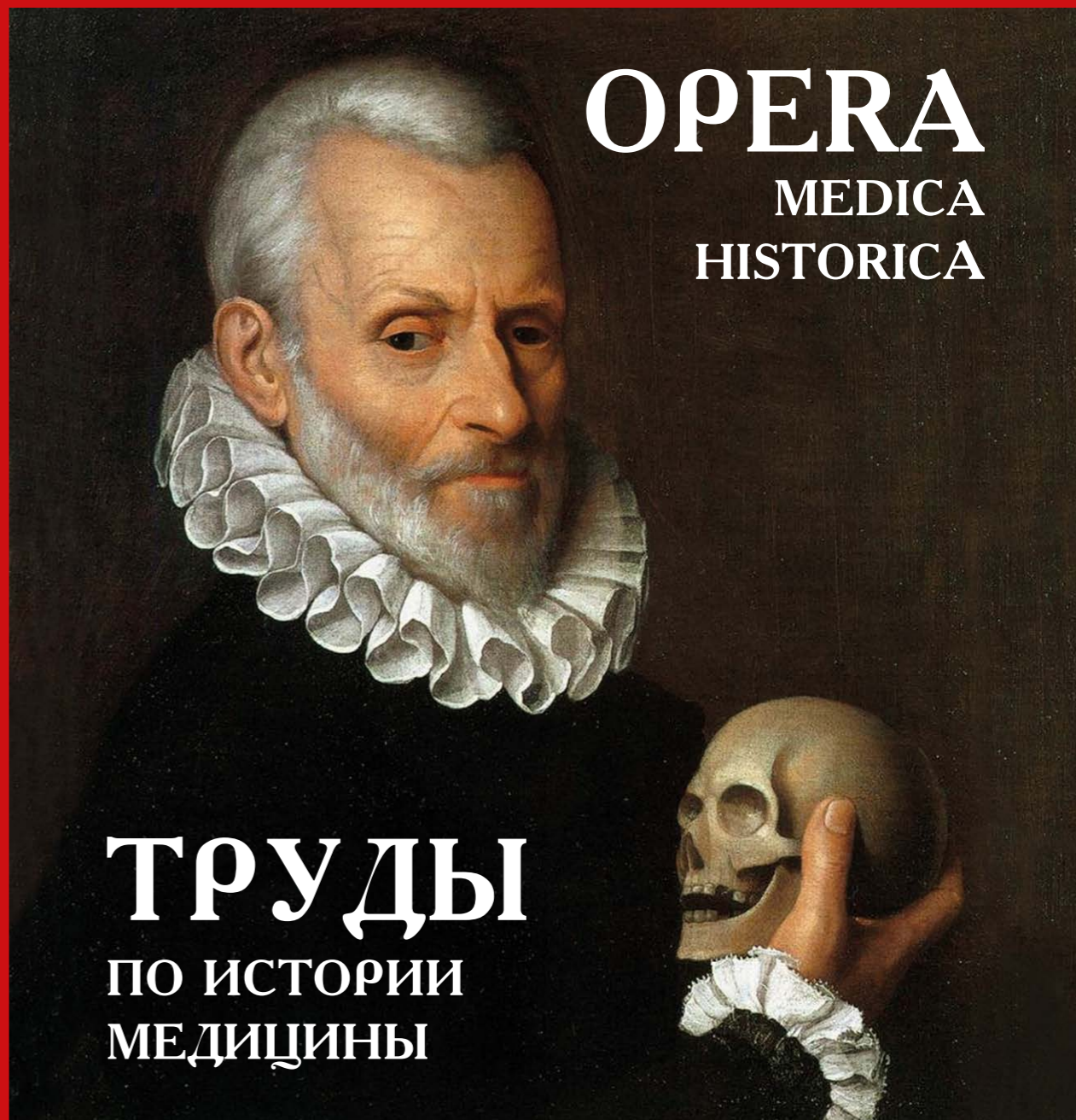


Российское общество
историков медицины

Год основания 1946

OPERA MEDICA HISTORICA

ТРУДЫ ПО ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ



ТРУДЫ ПО ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

OPERA MEDICA HISTORICA



2018

РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ИСТОРИКОВ МЕДИЦИНЫ

ОПЕРА
MEDICA HISTORICA

ТРУДЫ
ПО ИСТОРИИ
МЕДИЦИНЫ

АЛЬМАНАХ
ВЫПУСК 3

Москва
2018

УДК 61(091)(082)
ББК 5г.я43
Т78

На обложке: Феде Галиция, «Портрет врача». Около 1600–1605 гг. Холст, масло.

Редакция:

К.А. Пашков – д.м.н., профессор (ответственный редактор),
Д.А. Балалыкин – д.м.н., д.и.н., профессор,
В.И. Бородулин – д.м.н., профессор,
С.П. Глянцев – д.м.н., профессор, Т.С. Сорокина – д.м.н., профессор,
Е.Е. Бергер – к.и.н., М.С. Тугорская, Н.В. Чиж

OPERA MEDICA HISTORICA. ТРУДЫ ПО ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ:

Альманах РОИМ. Выпуск 3/ К.А. Пашков
(отв. ред.). – М.: ООО «ХЕЛЕНПРО» 2018. – 396 с. Илл.

ISBN 978-5-6041850-2-5

В альманахе, озаглавленном OPERA MEDICA HISTORICA («Труды по истории медицины»), представлены результаты исследований историков медицины 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. Настоящий выпуск альманаха подготовлен Российским обществом историков медицины при участии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова, Национального НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко.

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, так и любителям истории медицины, а также врачам всех специальностей, слушателям курсов повышения квалификации и студентам-медикам, кому безразлична история их настоящей и будущей профессии.

УДК 61(091)(082)
ББК 5г.я43

©РОИМ, 2018

©Авторский коллектив, 2018

©ООО «ХЕЛЕНПРО» 2018

ISBN 978-5-6041850-2-5

Уважаемые читатели!

Представляя третий выпуск Альманаха Российского общества историков медицины, мы хотели бы поблагодарить всех, кто присоединился к нашему проекту: преподавателей вузов, историков медицины, сотрудников архивов и музеев, работников практического здравоохранения.

Интерес к истории медицины в нашей стране не угасает, в редколлегию продолжают поступать научные исследования, отражающие самые разные аспекты истории медицины. В альманахе собраны труды, посвященные общетеоретическим вопросам истории медицины, жизни и деятельности выдающихся врачей и ученых, образовательных и научных учреждений, состоянию медицины в регионах России и зарубежья.

Редакционная коллегия приглашает выступать с результатами своих исследований всех, кто изучает историю медицины и здравоохранения России и зарубежных стран, сохраняя надежду, что наш Альманах будет интересен и полезен научным работникам, практическим врачам, сотрудникам медицинских музеев, а также широкому кругу читателей.

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

МЕДИЦИНА ДРЕВНОСТИ, СРЕДНЕВЕКОВЬЯ И ЭПОХИ ПРОСВЕЩЕНИЯ

ФРАНЦУЗСКИЙ ХИРУРГ ПЬЕР ФОШАР – ОСНОВОПОЛОЖНИК СТОМАТОЛОГИИ

*К.А. Паиков, д.м.н., профессор
Кафедра истории медицины МГМСУ им. А.И. Евдокимова*

THE FRENCH SURGEON PIERRE FAUCHARD AS A FOUNDER OF STOMATOLOGY

Аннотация: Автор рассматривает биографию Пьера Фошара, основоположника современной стоматологии, в контексте развития хирургии во Франции в XVIII в. На основании анализа его основного труда «Хирург дантист» анализируются заслуги Фошара в области протезирования, изготовления стоматологических инструментов и в особенности систематизации всего накопленного опыта зубопротезирования.

Ключевые слова: Пьер Фошар, стоматология, история стоматологии, история хирургии.

Abstract: The author envisages the biography of Pierre Fauchard, a founder of modern stomatology, in the context of development of surgery in France in the 18th century. On the basis of his main treatise “Surgeon dentist” his merit is marked in the sphere of dental treatment, invention of dental instruments and especially the systematization of dental experience.

Key-words: Pierre Fauchard, dentistry, history of stomatology, history of surgery.

Реформаторская деятельность великого хирурга Амбруаза Паре еще в XVI столетии заложила первые основы хирургии Нового времени. В XVIII веке во Франции, в отличие от застоя в терапии, хирургия проходила этап принципиальных изменений. Наследием средних веков было понятие «двух медиков» – разделение и противопоставление дипломированного врача, то есть терапевта, и ремесленника лекаря, принадлежащего к цеху цирюльников-хирургов. Были, конечно, и дипломированные врачи, успешно занимавшиеся оперативным лечением. Недаром еще Парацельс с гордостью именовал себя «доктором обеих медиков». Необходимо было поднять правовой статус хирургов, официально признать хирургию полноценной врачебной специальностью. Начало этому исключительно важному для развития хирургии процессу положил указ короля Франции Людовика XIV,

благоволившего хирургам, об учреждении двух профессиональных гильдий – «цирюльников-хирургов» и «цирюльников – банщиков и парикмахеров», с четким размежеванием их функций (1691). Решающим шагом было основание в 1731 г. в Париже Королевской академии хирургии, которую спустя десятилетие приравняли в правах (в отношении обучения и аттестации хирургов и присуждения докторской степени) к медицинскому факультету. Великий хирург XIX века Теодор Бильрот писал: «Это специальное хирургическое учреждение вскоре возвысилось до такой степени, что вся хирургия Европы почти целое столетие находилась под его влиянием» [1].

Успехи парижской академии хирургии не только в лечебном и учебном деле, но и в науке были связаны с именами, в первую очередь, Пти и Пейрони – двух хирургов и анатомов, академиков Французской академии наук. Жан Луи Пти (1674–1750) происходил из цирюльников; в 18 лет он стал демонстратором на лекциях по анатомии и хирургии, а затем хирургом в парижской больнице Шарите. Как военный хирург он приобрел оперативный опыт в многочисленных сражениях в 1692–1700 г.; затем в Париже занимался хирургической практикой и преподавал хирургию в анатомическом театре Сент-Комского колледжа. С 1700 г. он – профессор хирургии Парижского университета. В 1831 г. он вместе с Пейрони основал академию хирургии и стал ее директором; эти хирурги сыграли решающую роль в разграничении сфер деятельности хирургов и цирюльников.

Франсуа Жиго де ля Пейрони (1678–1747) окончил в Монпелье школу иезуитов и медицинский факультет университета (1697), работал демонстратором анатомии в госпитале Монпелье; после усовершенствования в Париже у лейб-хирурга Жоржа Морешаля (1695–1697) был главным хирургом этого госпиталя; с 1714 г. он – в Париже, главный хирург госпиталей Отель-Дьё и Сент-Элой, затем больницы Шарите; профессор анатомии и хирургии Коллежа святых Космы и Дамиана; с 1721 г. – лейб-хирург короля Людовика XV; в 1735 г. он сменил Пти как директор хирургической академии. Он предложил метод катеризации мочевого пузыря, разработал операции промежностной уретротомии, боковой литотомии и цистоцентеза, описал так называемую болезнь Пейрони (индурация полового члена) – в связи с этими научными заслугами его называют одним из основоположников урологии.

Во второй половине XVIII века самым знаменитым хирургом Франции был Пьер Жозеф Дезо (1744–1795), главный хирург Отель-Дьё, где он создал хирургическую клинику и ввел обучение хирургии на трупах, профессор Парижского университета (1794). Он

развивал анатомическое направление в хирургии, усовершенствовал технику многих операций и применяемые при них инструменты, основал первый в Европе хирургический журнал (1791). Его учениками были один из основоположников патологической анатомии и гистологии Мари Франсуа Ксавье Биша, написавший его биографию, и Доменик Жан Ларрей – главный хирург армий Наполеона, удостоенный звания барона, один из основателей военно-полевой хирургии.

Однако при всех очевидных достижениях хирургия эпохи Просвещения, как и прежде, не знала антисептики и эффективного обезболивания и не опиралась на анатомию (такие хирурги, как Дезо, были исключением). Только в середине XIX века, когда европейская хирургия стала на путь естественно-научного развития, с защитой ран методами антисептики и асептики, с применением наркоза и эффективных методов остановки кровотечения, с разработкой хирургической анатомии как базы оперативной хирургии, пришло время великих успехов клинической хирургии. И только в одном разделе хирургии именно XVIII век оказался переломным: этим разделом являлось зубооравечение, ставшее в этом веке одонтологией (в дальнейшем – стоматологией) – самостоятельной медицинской специальностью.



Портрет Пьера Фошара из второго издания труда 1746 г. (гравюра работы Ж.Б. Скотена, с портрета Ж. Лебеля, написанного в 1720 г.)

Решающую роль здесь сыграл французский хирург Фошар, которого справедливо называют «отцом стоматологии» [2].

В 1700 г. королевским декретом было положено начало стоматологии как самостоятельной отрасли медицины – введена новая специализация, дававшая право на зубооравечную практику. По своему положению в медицине хирург-дантист стал занимать теперь место между цирюльником и хирургом. Для получения этого звания нужно было сдать специальный экзамен комиссии, состоящей из хирургов. Этот декрет способствовал в XVIII в. и особенно в XIX в. бурному развитию практического зубооравечения и протезной техники; по такому же пути, только спустя столетие и более, пошли впоследствии и другие страны Западной Европы. Таким было состояние зубооравечной помощи

во Франции ко времени начала практической и научной деятельности Фошара.

Пьер Фошар (1679–1761) собрал и обобщил накопленный к началу XVIII века опыт врачевания зубов, дополнил его наблюдениями и выводами из собственной практики и первым из европейских дантистов превратил зубооравечное дело в отдельную врачевную профессию. Ему принадлежит сам термин «хирург-дантист», используемый во Франции и по сей день. Уже в 15 лет Фошар, пройдя двухгодичный курс обучения, стал цирюльником-хирургом, а вскоре после этого был приглашен помощником хирурга в военно-морской госпиталь. Под влиянием старшего хирурга королевского флота Александра Потельере, прославившегося особыми успехами в зубооравечании, Фошар принимает решение расстаться с общей хирургией: он целиком посвящает себя зубооравечному делу [3]. Он погружается в тщательное изучение трудов античных и арабских ученых, штудирует современные пособия по зубооравечному мастерству, переписывается с парижскими коллегами.

Без круга платежеспособных пациентов открыть частную зубооравечную практику было невозможно. Фошар, которому было 20 лет, переезжает в город Анже и делает его впоследствии родиной лечения кариеса, где работает в университетской больнице. Эта болезнь поражала прежде всего людей обеспеченных, которых дантисты охотно пользовались: поражённые зубы удаляли, на менее пострадавших зубах стачивали изъеденную часть надфилем; причиной болезни традиционно считались черви, настолько мелкие, что их не видно глазом. Фошар опроверг это мнение. Он заметил, что жертвами кариеса оказываются сладёны. «Кто любит сладкое, редко имеет красивые зубы и даже вообще зубы среднего качества. Вот почему необходимо после того, как поешь конфет, прополоскать рот тёплой водой, чтобы растворить то, что могло застрянуть между зубами и дёснами». Лечение кариеса стало для него делом жизни.

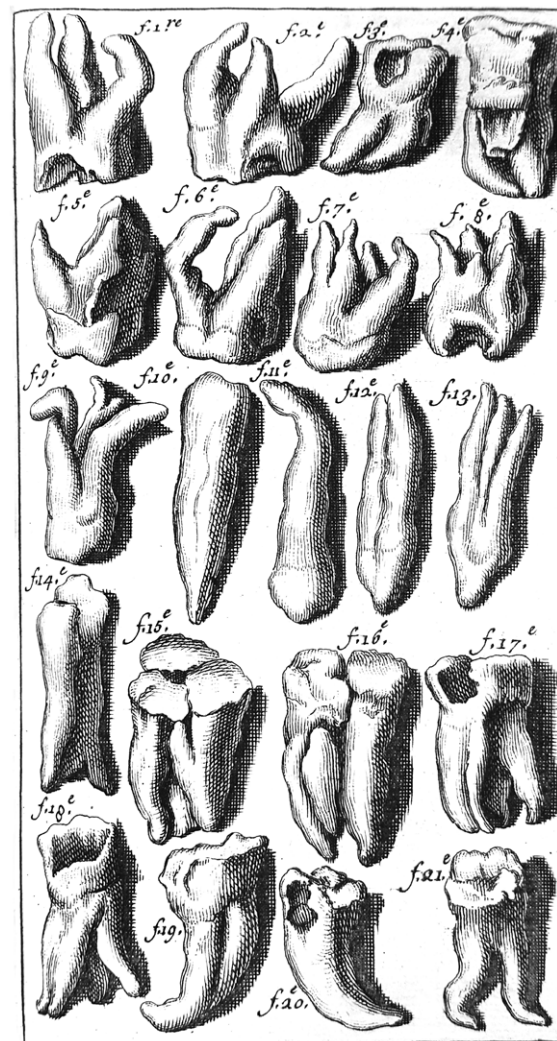
До Фошара доходила молва, что лечение зубной боли и замена больных и испорченных зубов искусственными стали в кругах парижской знати чуть ли не модой. И он перебрался из Анже в Париж (1719), где почти сразу же обзавёлся респектабельной клиентурой. Не только генералы, аристократы и их дамы, у него лечились и выдающиеся деятели французского Просвещения, в их числе Дидро и Руссо. Несколько раз Фошар лечил зубы и королю Людовику XV. Высокие доходы позволяли ставшему знаменитым хирургу-дантисту жить на широкую ногу и даже поселиться в доме на престижной рю Фоссе-Сен-Жермен-де-Пре, рядом с парком – излюбленным местом прогулок парижского бомонда.

У него была готова рукопись трактата о лечении зубов, наполненную посвященной кариесу, который в эпоху Просвещения был массовой болезнью. В течение 5 лет работы над рукописью (1723-1728) Фошар собирал мнения о своей работе, возражения и дополнения; в этом приняли участие 19 его коллег – врачи, хирурги, дантист [4]. Издать первый трактат о болезнях зубов значило обрести славу, богатых пациентов, учеников. Но разрешение на печатание и продажу медицинских книг выдавалось именем короля, и для получения такого разрешения требовались письменные отзывы специалистов, в данном случае представителей двух очень недружественных цехов – врачей-терапевтов и хирургов. Поскольку в своем труде Фошар рекомендовал как можно реже прибегать к удалению зубов и стараться по возможности вылечить кариес, положительные отзывы терапевтов он получил. Но то, что нравилось терапевтам, автоматически воспринимали в штыки хирурги.

Нужен был счастливый случай, и Фошару снова повезло: 12 ноября 1724 г. к нему обратился отставной, но все еще влиятельный глава парижской гильдии хирургов Тартансон, с острой болью в резцах и клыках нижней челюсти. Фошар усадил пациента в кресло с подлокотниками, что несказанно того удивило: он привык, что страдавших зубной болью сажали на пол, чтобы они не упали, потеряв от боли сознание. Для почтенного возраста Тартансона зубы находились в неплохом состоянии. Фошару показалось, что проблема только с клыком справа, внешне самым изношенным. Пройдясь по всем зубам зондом, он убедился, что так и есть. Ему удалось убедить пациента, что в корне зуба развился гнойный абсцесс, и нужно открыть канал, чтобы гной вышел. Он поставил на острие зуба трехгранное долото и, осторожно поворачивая его вправо-влево, проделал отверстие. Потом взял инструмент, который назвал «ножом живодёра», то есть длинное шило, расширил и углубил ход. Когда шило достигло абсцесса, из отверстия хлынул гной с кровью. Соответственно предсказанию Фошара, боль тут же прекратилась. Фошар вычистил зуб и поставил пломбу из амальгамы.

Благодарный пациент, потрясенный новой технологией, сделал всё, чтобы вышла в свет книга Фошара – первый в мире учебник для зубных врачей. Он собрал полдюжины отзывов хирургов на рукопись и от себя добавил: «Искусству хирургии не хватало умения лечить зубы, но теперь это в прошлом». В 1728 г. вышел в свет главный труд Фошара «Хирург-дантист, или Трактат о зубах»; все экземпляры были раскуплены мгновенно. Были допечатки; 18 лет спустя, в 1746 г., появилось второе, значительно расширенное издание трактата в двух томах,

с портретом автора. В 1733 г. был опубликован немецкий перевод трактата [5].



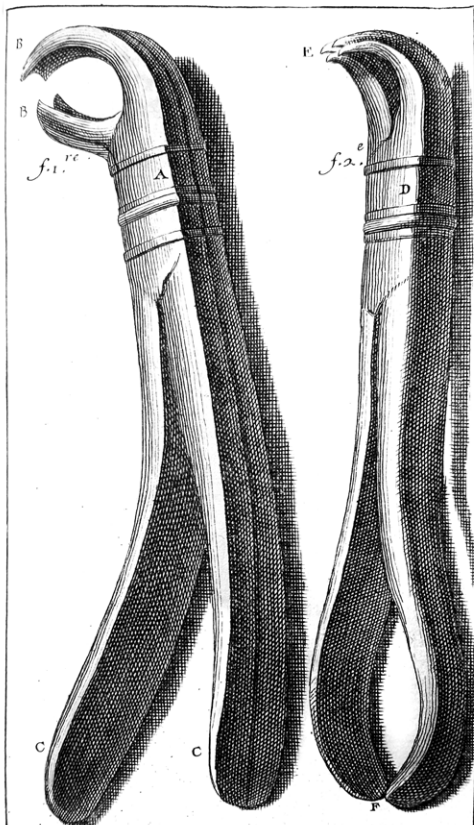
Изображение необычных зубов. Иллюстрация из второго издания труда Пьера Фошара 1746 г.

Трактат Пьера Фошара сохранял популярность на протяжении целого столетия, а многие его идеи и приёмы продолжают использоваться и в современной стоматологии. И после публикации своего трактата Фошар – вопреки слухам и сплетням, распространявшимся его конкурентами, продолжал заниматься зубо врачебной практикой. В 1747 г. он переселился на столь же престижную рю де Кордельер, где устроил не только приёмный кабинет, но и лабораторию с мастерской для изготовления зубных протезов. Приёмный кабинет был оборудован накрепко привинченным к полу креслом, системой ламп и небольших зеркал, сконструированных самим Фошаром и позволявшим тщательно рассматривать полость рта пациента, горелками для кипячения инструментов и приготовления лечебных растворов.

В отличие от современников, стремившихся держать в секрете свои навыки и приёмы, Фошар сделал свои знания, открытия и изобретения доступными для всех. Он писал: «Я усовершенствовал и изобрёл несколько искусственных протезов как для замены разрушенных частей зубов, так и для полной замены потерянных зубов, а также исправления их нарушений... И теперь, даже в ущерб своим

собственным интересам, я, насколько это возможно, даю их наиболее точное и полное описание».

В трактате «Хирург-дантист» обосновываются важность наличия у человека здоровых и крепких зубов, показана их взаимосвязь с другими органами человека. В нем содержится подробное описание анатомии челюсти человека, вида и структуры зубов, а также аномалий их развития. Фошар выделяет в структуре зуба тело, шейку и корень. Автор одной из первых классификаций болезней зубов, он выделил около 130 разновидностей их болезней, которые вызываются различными причинами, в том числе кариес. При рассмотрении проблемы кариеса Фошар категорически отвергал тысячелетние представления о «зубном черве» как причине кариеса и прямо заявлял, что никогда не видел ни одного такого червя не только глазом, но и под микроскопом. Он полагал, что кариес является следствием «гуморального дисбаланса».



Два инструмента для удаления зубов
Иллюстрация из второго издания труда
Пьера Фошара 1746 г.

Отличительной чертой его методики оказания зубо-врачебной помощи является уважение к пациенту. Этим продиктовано указание Фошара о недопустимости заставлять пациента сидеть или лежать на полу, как это часто практиковали не только уличные «лекари», но и многие дантисты-профессионалы. Например, немецкий дантист Людвиг Крон считал, что во время удаления зуба пациент должен лежать на полу и крепко держать дантиста за ногу. Согласно рекомендациям Фошара, пациент должен сидеть в удобном кресле с мягкой спинкой из конского волоса или другого мягкого, но фиксирующего положение спины пациента материала, а дантист должен стоять сзади или справа от него.

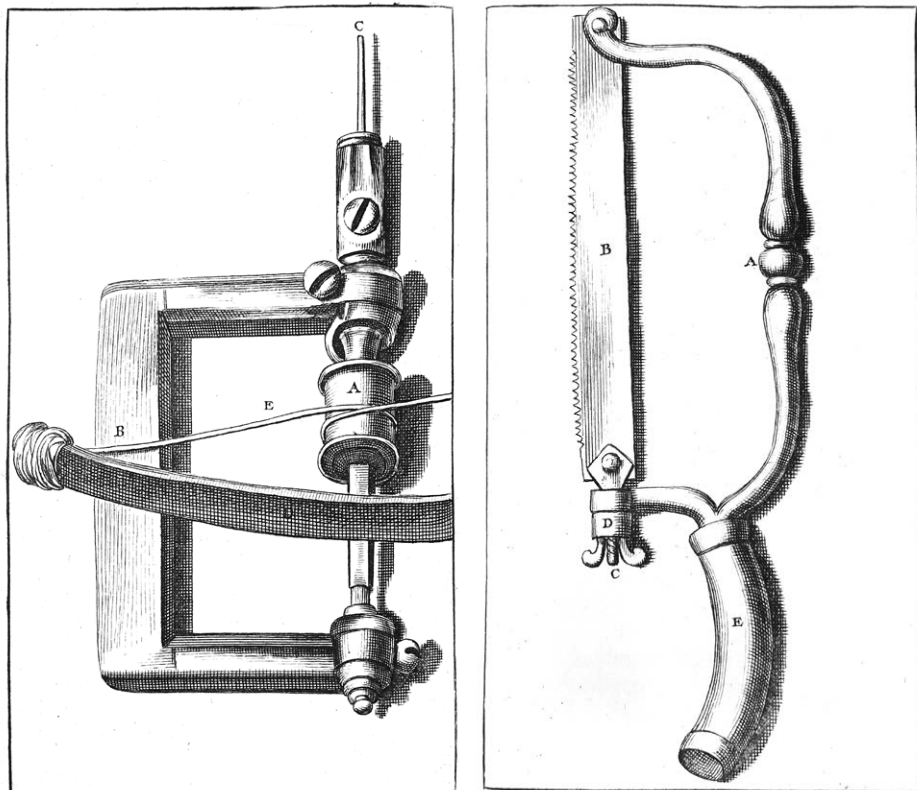
Фошар сконструировал специальную дрель для сверления зубов, усовершенствовал

инструменты для удаления больных зубов – пеликан и щипцы, а также другие зубо-врачебные инструменты и приспособления.

Он кардинальным образом усовершенствовал нёбные obturatory, введённые в зубо-врачебную практику Паре: прежнюю губку он заменил крылообразными отростками из слоновой кости, которые вертикально вводились в носовую полость и при помощи особого винта перемещались в горизонтальное положение и удерживали нёбную пластинку. Тщательно выполненные изображения этих инструментов и приспособлений составляют существенную часть его трактата.

В трактате приводятся многочисленные истории болезней и описываются приёмы и методики лечения. Поверхностный кариес П. Фошар спиливал напильниками, а к лечению приступал лишь в случае возникновения зубной боли. Лечение воспаленной пульпы сводилось к применению каутера (прижигание) с последующим пломбированием зуба свинцовой, оловянной или золотой фольгой. Он говорил: «Зубной врач, имея обычно дело с сильно страдающим пациентом, не должен поддаваться панике. Испорченный в поспешности зуб назад выправить уже невозможно...». Во многом, благодаря усилиям П. Фошара, в одонтологии наметился переход от тотальной тенденции к удалению зубов к стремлению их восстановить. Показаниями к удалению зубов П. Фошар считал не поддающиеся успокоению боли, опасность поражения соседних зубов, дурной запах изо рта, а также болезни, причина которых неизвестна, но которые, возможно, исходят от зубов (фокальная инфекция).

Основоположник зубопротезирования, Фошар описал метод изготовления частичного протеза с использованием нескольких зубов-протезов человека, закрепленных на металлической язычной дуге с помощью металлических штырей. Индивидуальные мостовидные протезы он по возможности изготавливал из зубов самого пациента; в качестве материала для изготовления зубных протезов использовал также слоновую и бычью кость, отдавая последней предпочтение, поскольку она после соответствующей обработки не желтеет. Процесс отбеливания кости был сложным и длительным. Кость отваривали, чтобы удалить из неё жир, затем в течение 12 дней выдерживали попеременно на воздухе и в воде. Для придания вставным зубам цвета, близкого естественному, Фошар покрывал их колпачками из тонкой золотой пластинки, на которые наносился слой обожжённой фарфоровой эмали. Этот способ, по признанию самого Фошара, он заимствовал у изготовителей искусственных глаз. Вполне вероятно, что именно из этого начинания и возникла впоследствии идея производства искусственных зубов из фарфора.



Один из инструментов для производства протезов – рама с вставленной дрелью и часть лучка, вид сбоку. Иллюстрация из второго издания труда Пьера Фошара 1746 г.

Один из инструментов для производства протезов – пила (пилка) для выпиливания протезов или мостов. Иллюстрация из второго издания труда Пьера Фошара 1746 г.

Фиксация протезов осуществлялась различными способами. При наличии отдельных зубов протез привязывали к ним с помощью вощенной шелковой нити. Фошар описал довольно простой способ для крепления искусственных зубов, используя штифты. После прочистки корневого канала от всех тканей пульпы и разрушенного дентина, канал расширялся инструментом, используемым часовщиками для увеличения отверстий в металле. Эти острые инструменты имели четыре острых края, которые при вращении в канале могли срезать дентин. Затем Фошар заполнял расширенный корневой канал свинцом и, используя стилет, делал длинное прямое отверстие в свинце, чтобы получить штифт. Штифты делали из золота или серебра с шероховатой поверхностью для лучшей фиксации в канале. Фошар предложил укреплять на одном или двух штифтах несколько соединенных между собою зубов, т. е. создал прототип современных мостовидных протезов. Он отметил, что протезы, прикрепленные к штифтовым зубам, могут

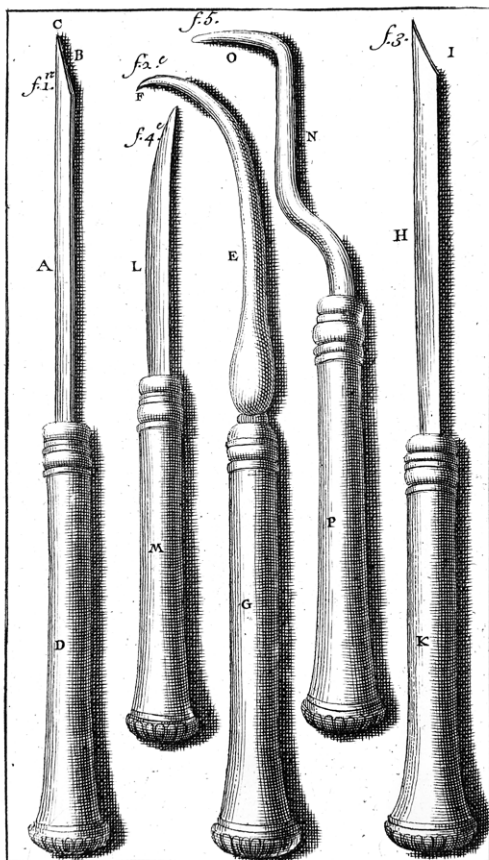
продержаться 20 лет и больше. Для фиксации полного верхнего зубного протеза во рту при наличии здоровых нижних зубов он использовал спиральные пружины из золотой ленты, которые крепились на эмалированную металлическую основу. При изготовлении полного нижнего зубного протеза Фошар не употреблял пружинящих пластин, поскольку один хорошо подогнанный нижний ряд искусственных зубов держится сам по себе. При изготовлении полных рядов на обе челюсти он устанавливал в конце каждого ряда на месте последнего моляра стальные пластинки, обмотанные шелком.

П. Фошар стал одним из основоположников ортодонтии: он не удалял ненормально растущие зубы, но пытался с помощью проволоки, шелковой лигатуры, серебряных и металлических пластинок поставить аномальный зуб на место, исправить прикус. Изобретенные им металлические дуги позволяли расширять зубные ряды. Он ввел в практику приспособление, позволявшее осуществлять наклон отдельных зубов. Основой аппарата была перфорированная металлическая лента, которую накладывали на зубной ряд и фиксировали к каждому зубу. К этой ленте проволокой привязывали неправильно расположенные зубы; периодически подкручивая проволочные лигатуры врач мог увеличивать силу, приложенную к зубам. Занимаясь проблемой роста зубов, Фошар обращал внимание на важность ухода за молочными зубами в целях их сохранения до времени их естественного выпадения.

Увеличение числа пациентов привело Фошара к мысли, говоря современным языком, поставить изготовление протезов «на поток». Был создан специальный зубопротезный цех, в котором изготавливали до 1000 искусственных зубов в год. Работники цеха набирались из числа подмастерьев ювелирных мастерских, которые допускались к работе только после изучения анатомических атласов и пособий по зубоврачебному делу с последующей сдачей соответствующего экзамена. Но для особо знатных клиентов Фошар сам изготавливал искусственные зубы. По Парижу ходили слухи, что для фаворитки Людовика XV мадам Помпадур Фошар изготовил несколько штифтовых зубов из драгоценных материалов, так что каждый зуб обошелся казне Французского королевства в 100 луидоров – сумма, сопоставимая со стоимостью бриллиантового кольца.

Естественно, что большое внимание Фошар уделял уходу за зубами, настаивая на их ежедневной чистке с использованием зубных эликсиров и порошков. Наряду с действительно важными советами и рекомендациями, у него, конечно, встречаются и почти анекдотические советы, например, предложение ежедневно после ночного сна промывать полость рта несколькими ложками свежей урины (урина входила

в арсенал средств терапевтического лечения зубных болей, наряду с массажем десен и др.).



Инструменты для удаления зубного камня.
Иллюстрация из второго издания труда
Пьера Фошара 1746 г.

Трудно не согласиться с оценкой деятельности Фошара у Чапина А. Харриса, известного американского стоматолога, сооснователя первого стоматологического колледжа США в Балтиморе (штат Мэриленд): «Учитывая обстоятельства, при которых он жил, Фошар заслуживает того, чтобы его помнили как благородного первооткрывателя и подлинного основателя стоматологической науки. То, что его практика была грубой, обусловлено его временем, но то, что она была научной и поставлена на сравнительно высокий уровень – в этом его заслуга» [6]. Отечественные врачи и любители истории медицины получили возможность ознакомиться с жизнью и деяниями Пьера Фошара благодаря историко-медицинским работам известного зубного врача, педагога и историка стоматологии Михаила Осиповича Коварского [7]. Он писал: «За Фошаром остается та огромная заслуга, что разрозненный опыт своей эпохи он собрал воедино, систематизировал, объединил одной общей идеей, которая в сумме дает понятие научного зубопротезирования. Кроме того, очень многое в системе Фошара, особенно в области протезирования, является плодом его личного гения и изобретательности и представляет громадный шаг вперед, по сравнению с методами его современников... Огромное значение богатейшего руководства Фошара еще усиливается в свете того факта, что до него зубные врачи из боязни конкуренции держали свои изобретения в строгой тайне и не опубликовывали их... Таким образом, характеристика Фошара как создателя современного научного зубопротезирования

не является преувеличением. Фошар имеет право на то, чтобы всякий одонтолог знал и помнил его имя».



Почтовая марка Французской Республики, 1961

Современные историки медицины пользуются в основном научным переводом трактата Фошара на английский язык, осуществленным в 1946 г. британским историком стоматологии Лилиан Линдсей. На русский язык трактат Фошара не был переведен. В настоящее время на кафедре истории медицины Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова ведется подготовка к его изданию.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Мирский М.Б. Хирургия в «век просвещения» // Хирургия от древности до современности. М., 2000: 188.
2. Waish Y.Y. Fauchard, the father of modern dentistry // Dent. Cosmos, 1923; v. 65: 809; Lynch C.D., O'Sullivan V.R., McGillicuddy C.T. Pierre Fauchard: the 'father of modern dentistry' // Br. Dent. J., 2006; Dec. 23; 201(12): 779-781; Maloney W.J., Maloney M.P. Pierre Fauchard: the father of modern dentistry // J. Mass. Dent. Soc., 2009; v. 58(2): 28-29.
3. Viau G. The life of Pierre Fauchard. Dental Cosmos 1923; 65: 797-808.
4. Spielman A.I. The birth of the most important 18th century dental text: Pierre Fauchard's Le Chirurgien Dentiste // J. Dent. Res., 2007; v. 86 (10): 922-926.
5. Martins W. D. Pierre Fauchard The "Father of Modern Dentistry" (Pierre Fauchard O "Pai da Odontologia Moderna") // Rev. de Clin. Pesq. Odontol., 2005; v. 2 (1): 71-72.
6. Walsh J. Fauchard, the father of modern dentistry. Dental Cosmos 1923; 65: 809-823.
7. Коварский М.О. Пьер Фошар (забытый юбилей) // Одонтология и стоматология, 1929; 4: 58-64.

СУЩЕСТВОВАЛА ЛИ ЕДИНАЯ АЛЕКСАНДРИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ШКОЛА В III ВЕКЕ ДО РОЖДЕСТВА ХРИСТОВА?

*Д.А. Балалыкин, Национальный НИИ общественного здоровья
имени Н.А. Семашко, Москва*

Аннотация: Во второй половине XX века в историографии сформировалось мнение, что в Александрии существовала единая медицинская школа, наиболее известными представителями которой были Герофил и Эрасистрат. Сочинения Галена являются важным источником сведений об Эрасистрате. Их изучение позволяет составить представление о подходах Эрасистрата к решению практических клинических задач.

Сравнительный анализ сохранившихся данных позволяет утверждать, что Эрасистрат и Герофил возглавляли две медицинские школы, имевшие непримиримые позиции в отношении ключевых вопросов теории и практики медицины. Взгляды Эрасистрата основывались на натурфилософии атомизма. По его мнению, знание анатомии не являлось основой достоверных представлений об устройстве организма. Анатомия и физиология рассматривались Эрасистратом в ограниченном объеме, не противоречащем его философским взглядам. Важным компонентом клинической практики Эрасистрата и его последователей был категорический отказ от венотомии и несогласие с Гиппократом по основным вопросам лечения острых заболеваний. В процессе лечения Эрасистрат отдавал предпочтение тугим сдавливающим повязкам и трем различным вариантам диет – это соответствовало представлению о теле человека как о совокупности хаотично движущихся атомов.

Эрасистрат заложил основу такого подхода к медицине, который впоследствии применяли врачи-методисты, что позволило Галену называть их последователями Эрасистрата. Герофил – сторонник аподиктического метода, был врачом-гиппократиком, заложившим фундамент для дальнейших исследований врачей-рационалистов, таких как Марин, Руф Эфесский, Гален.

Ключевые слова: История медицины, античная медицина, медицинская школа, Эрасистрат, Герофил, врачи-методисты

Did a unified Alexandrian medical school exist in the 3rd century BC?

D.A. Balalykin

N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow

Abstract: In the second half of the 20th century, historiography came to the point view that there was a unified medical school in Alexandria, the most famous representatives of which were Herophilus and Erasistratus. The writings of Galen are an important source of information about Erasistratus. The study of them provides an understanding of Erasistratus' approaches to solving practical clinical problems.

A comparative analysis of the surviving data allows us to state that Erasistratus and Herophilus headed two medical schools that held irreconcilable positions in relation to key issues concerning the theory and practice of medicine. Erasistratus' views were based on the natural philosophy of atomism. In his opinion, the knowledge of anatomy could not form the basis for reliable ideas about the structure of the human body. Anatomy and physiology were addressed by Erasistratus in a limited way, not contradicting his philosophical views. An important component of the clinical practice of Erasistratus and his followers was a categorical rejection of venous thrombosis and disagreement with Hippocrates on the main issues of acute medical treatment. In the treatment process, Erasistratus preferred tight pressure bandages and three different diet variations – consistent with the notion of the human body as a collection of chaotic moving atoms.

Erasistratus laid the foundation for an approach to medicine that was later applied by the methodologists, which enabled Galen to call them followers of Erasistratus. Herophilus, a supporter of the apodictic method, was a hippocratic doctor, laying the foundation for further research of rationalist doctors, such as Marinus, Rufus of Ephesus and Galen.

Key-words: History of medicine, ancient medicine, medical school, Erasistratus, Herophilus, methodologist physicians.

В статье рассматривается вопрос о существовании Александрийской школы медицины в III в. до Р.Х. Сама постановка вопроса может показаться абсурдной, ведь существование такой школы является общепринятым! Известны имена выдающихся врачей Античности – Герофила и Эрасистрата, а их историческое значение не подвергается сомнению. Во всех руководствах или учебниках по истории медицины (отечественных или зарубежных) событиям III в. до Р.Х. уделяется значительное внимание: о них, как правило, идет речь в специальной главе – «Медицина в Александрии» или «Александрийская школа». Однако мой опыт критики историографии, опирающийся в последние годы на новые источники, вводимые в русскоязычный научный оборот (прежде всего, в рамках публикации «Сочинений» Галена), показывает: имея дело с «очевидными» оценками событий истории античной медицины, надо быть готовым к их принципиальной переоценке.

На мой взгляд, единой «Александрийской школы медицины» в III веке до Р.Х. не существовало. Александрия в то время была одним из наиболее значительных городов мира. Ее культурная роль была уникальна: подобного сочетания эллинской, иудейской, туземной и привнесенных извне восточных языческих культур, существовавших в непрерывном взаимодействии и конкуренции, не было нигде. Кроме того, Александрия была чрезвычайно богатым городом и управлялась царской династией, первые представители которой видели в развитии науки и культуры важнейший инструмент своей борьбы за первенство в Средиземноморье. Особое значение имела свободная конкуренция идей: ни одной из философских школ того времени первые Птолеми не отводили привилегированной роли.

Центром развития медицины в Александрии в III веке до Р.Х. обычно называют знаменитый Мусейон. Однако мы достоверно не знаем, как именно он был устроен: его план известен весьма приблизительно, административная структура неизвестна вовсе. Определенно известно, что в Мусейоне обучались студенты по самым разным курсам – от медицины до риторики. Можно ли представить, что в рамках Мусейона существовали различные школы по философии и филологии? Это предположение мне представляется оправданным – известно, что в Александрии были широко представлены все основные течения современной философской науки. Возможно ли, что в самых широких организационно-административных рамках Мусейона функционировали и различные медицинские школы? Полагаю, что это было возможно. Более того, считаю невероятным, что Герофил и Эрасистрат преподавали и вели научные исследования в некоем едином штатном формате, напоминающем современную кафедральную структуру университета. И Герофил, и Эрасистрат – известнейшие врачи своего времени, каждый из них, безусловно, был лидером собственной школы. Кроме того, в таком городе, как Александрия, безусловно, существовало множество клиник (или приемных) частнопрактикующих врачей, конкурировавших друг с другом. Весьма возможно, что и Герофил, и Эрасистрат принимали пациентов не только в неких помещениях условного Мусейона. Иными словами, ни о каких четко существовавших организационных форматах, свидетельствовавших в пользу единой школы, нам неизвестно. Однако гораздо более важным является другое: их совместную работу нельзя себе представить еще и в силу их непреодолимых разногласий по ключевым вопросам теории и практики медицины – на них я подробно остановлюсь в ходе дальнейшего изложения.

Историческое значение работ Герофила

В историографии сложилось устойчивое мнение относительно

представителей Александрийской школы, прежде всего Герофила, как основоположника практики систематических вскрытий человеческих тел [1–5]. В силу этого обстоятельства Герофила справедливо считают основателем анатомической науки. Его наследие представляется наиболее существенным в отношении накопления данных об анатомии мозга и нервной системы, глаза, органов пищеварения, сосудистой системы, устройства мужских и женских половых органов.

Герофил, бесспорно, является первооткрывателем нервов как особых анатомических структур. Он доказал, что они исходят из головного мозга и предполагает, что пневма, образующаяся в головном мозге («психический дух»), передает соответствующий импульс, исходя из «желудочка мозжечка» и перемещаясь внутри нерва по направлению к соответствующей части тела. Герофил обратил внимание на разницу функций частей тела, в равной мере соединенных нервами с мозгом. Телеологический подход позволил ему высказать гениальное (без преувеличения!) предположение о разделении нервов на две категории – чувствительные и двигательные. Изучая устройство, функции и заболевания глаза, он видит, как орган чувств (в данном случае – зрения) соединяется с головным мозгом посредством зрительного и глазодвигательного нервов. С другой стороны, он осознает, что все движения рук или ног являются следствием прохождения соответствующей «команды» от центра сосредоточения интеллекта. Эта «команда» проходит в виде импульса протекающего по нерву животного духа, устремляющегося к соответствующей конечности. В результате Герофил предположил, что одни нервы приспособлены для передачи чувственных ощущений, а другие – двигательных импульсов. Конечно, он был еще далек от понятий «афферентация» и «эфферентация», однако основа развития нейрофизиологии была заложена в теории этого великого александрийца. Гален признает за Герофилом приоритет в описании черепно-мозговых нервов – зрительного, глазодвигательного, тройничного (в том числе его двигательной ветви), лицевого, слухового (по-видимому, в современном понимании он идентифицировал *radix cochlearis* преддверно-улиткового нерва) и подъязычного. В литературе можно встретить указания на то, что Герофил открыл шесть или восемь пар черепно-мозговых нервов. По мнению Галена, каждый из нервов шестой пары, выделенной Герофилом, состоит как бы из трех ответвлений, имеющих отдельные корни. Логика их определения как единого нерва была связана с тем, что они проходили из одного отверстия в черепе и твердой мозговой оболочке. Позднее эти три нерва, которые ошибочно оценивались античными авторами как один триединый нерв, были идентифицированы Л. Дакуртом, М. Лайонсом и Б. Тауэрсом как языкоглоточный, блуждающий и добавочный [6].

Именно этим объясняется путаница в историографии: Герофил и вслед за ним Гален насчитывали шесть, а в действительности имели представление о восьми парах черепно-мозговых нервов. Удивительным достижением Герофила является не только открытие нервов, но и детальный характер их описания, учитывая ограниченные технические возможности того времени.

Согласно «Корпусу Гиппократата», искусство медицины складывается из трех частей. Первая – лечение диетой (диетология, или диететика), вторая – лечение лекарствами (фармакология), третья – навыки мануальной помощи (хирургия). Нетрудно заметить, что классификация, представленная в «Корпусе», основана на способах оказания медицинской помощи, т. е. способах воздействия, имеющихся в арсенале врача. Триада медицинского знания, по Герофилу, состоит из «вещей, касающихся здоровья» (анатомии и физиологии, описывающих нормальное состояние организма), «вещей, касающихся болезни» (знания об общей патологии) и «нейтральных вещей», вбирающих в себя все три компонента медицины по Гиппократу. Таким образом, для Герофила все способы воздействия, по существу, нейтральны. Выбор метода терапевтического воздействия должен быть основан на иных знаниях и оценках – сведениях о характере нормальных физиологических и патологических процессов, протекающих в организме [7]. Герофил тем самым подчеркивает, что инструмент (лекарство, способ операции) вторичен и может быть так или иначе использован (или не использован) в зависимости от того, что врачу подсказывают его общие знания о норме и патологии.

С позиции современного врача (а большинство историков медицины имеют врачебное образование), польза знаний анатомии и физиологии представляется очевидной, а врачебная практика, исходящая из таких знаний, – единственно правильной. В историческом контексте это убеждение следует считать крайне наивным, не учитывающим картину мира врачей начиная со II в. до Р.Х. и кончая временами Галена. Отсюда берет начало и историографическая традиция, отмечающая огромные успехи Александрийского Мусейона времен Герофила и Эрасистрата как центра прорывных фундаментальных исследований в анатомии и физиологии, а последующее развитие медицины до Галена рассматривающая как странный период мистического забвения работ великих александрийцев, неожиданно востребованных Галеном¹. В эту схему не укладывается очевидный факт: знания, накопленные в Александрии, и письменное наследие Герофила были известны позднейшим поколениям врачей вплоть до Галена. Поощрения первыми

¹ См. комментарий В.Н. Терновского и Б.В. Петрова [8].

представителями династии Птолемея научных исследований, в рамках этой точки зрения, также совершенно иррационально сменяются гонениями на науку со стороны представителей той же династии в середине II в. до Р.Х. И, наконец, вовсе необъяснимым, в таком случае, представляется наличие оппозиции Герофилу и его последователям со стороны представителей других медицинских школ. Ведь правильность подхода к медицине, основанного на анатомических и физиологических опытах, кажется современному врачу столь очевидной!

Наследие Герофила во II веке до Р.Х. – I веке не определяет состояние медицинской теории и практики. На мой взгляд, это связано с сознательным неприятием принципов рационального познания в медицине со стороны врачей-эмпириков, а позднее – и врачей-методистов. Гален следующим образом характеризует их отношение к принципам научного познания: «Ты же, как я прекрасно знаю, поражаюсь, но, конечно, не моим словам, а глупости эмпириков, которые, хотя я сделал им столь много уступок в столь важных темах, не использовали это на благо себе, но впали в новые заблуждения, не меньшие, чем прежде. Поражает их невежество, какое-то исключительное бесстыдство и бесчувствие, превосходящее бесчувствие скотов: ведь подтверждения своих мнений им получить неоткуда, и даже если бы им дали возможность их получить, они не смогли бы ею воспользоваться. Да и невозможно увидеть или запомнить столько тысяч различий, наблюдающихся у больных, – какая библиотека вместит столь великую книгу, какой разум сохранит столь обширную память?» [9]. И далее: «И пусть никому не кажется, что я пользуюсь рассуждением Платона о том, что если некое занятие направлено на познание природы того, что оно изучает, то это наука, а если нет, то это некое ремесло и опыт, но не наука. «Ведь я, – говорит он, – не могу назвать наукой то, что не имеет логики» [9, с. 549].

В современной теории науки существует понятие «картина мира» и дополняющая его «исследовательская программа» ученого. Если попытаться (конечно, с определенной долей условности) представить себе картину мира врачей-эмпириков, то следует разобраться с натурфилософскими основами их взглядов. С одной стороны, это непростая задача, поскольку в историографии отсутствует традиция такого анализа. Историки медицины в целом признают наличие связи исследовательской программы Галена с натурфилософией Платона и Аристотеля, но только потому, что об этом прямо и ясно пишет сам Гален [4, 10–12]. Более того, он внимательно и аргументированно анализирует все то, что он заимствует от своих великих предшественников, как и все, с чем он не соглашается, либо развивает и дополняет.

Теперь уже всем достаточно очевидна взаимосвязь картины мира и исследовательской программы врачей-методистов с атомистической теорией во всех ее модификациях — от классики Демокрита до позднейших версий Эпикура и Асклепиада. Собственно говоря, Асклепиад вынужден был предложить свои объяснения движения атомов именно в силу необходимости интерпретировать наблюдаемые в практике врача физиологические процессы². После ряда моих публикаций задачу достоверной исторической реконструкции связи натурфилософии ранней Стои и мировоззрения врачей-эмпириков можно считать решенной [14–16].

Работы Герофила заставляют обратить внимание на влияние идей Аристотеля и Теофраста на его исследовательскую программу. Считается, что Теофраст посещал Александрию и бывал в Мусейоне, но из-за скудности источников вопрос о содержательной части его визита остается непроясненным [17]. Важнейшей проблемой теории познания является вопрос о первичности предмета исследования. В биологических трактатах Аристотеля мы видим совершенно определенное мнение по этому вопросу: сначала феномен, т. е. наблюдаемое явление, затем его причина или принципы [18]. Так, например, в первой части трактата «О частях животных» Аристотель обращает внимание на то, что ученый сначала должен внимательно рассмотреть предмет исследования (φαίνόμενα) и только потом, правильно поняв и оценив наблюдаемое, обратиться к вопросу о причинах, вызвавших к жизни это явление: «Сначала нужно рассмотреть сами явления, <...> а затем обсуждать их причины»³. Известный европейский ученый И. Дюринг обращал внимание на критику Аристотелем тех ученых, которые приступают к эмпирическим наблюдениям с позиции умозрительно сформулированной теории [10]: исследователи, «когда они имеют дело с миром живущих на земле», должны начинать с наблюдения и анализа наблюдаемых явлений. В системе взглядов Герофила первоочередное внимание уделяется самому явлению (т. е. совершенно аристотелевский подход): «Одни части тела – простые, другие – сложные. Но мы понимаем простое и сложное согласно чувственному восприятию. Именно это имел в виду Герофил, говоря: «Пусть явления будут описаны первыми, даже если они не первичны». Эрасистрат же пошел даже дальше, чем требуется от врача; ибо он полагал, что первичные тела воспринимаются лишь умом, так что вена, воспринятая чувствами, складывается из тел, воспринятых умом, а именно: вены, артерии и нерва. Но он должен быть отвергнут... Мы же должны сказать, что неко-

² Об этом подробнее см. комментарий к работе Галена «О разновидностях болезней» [13, с. 604–617].

³ *De partibus animalium* 64.0a14.–15. Перевод с древнегреческого З.А. Барзах.

торые тела – простые, другие – сложные, и пониматься это должно согласно чувственному восприятию»⁴. Такой подход логичен для врача, если учитывать специфику знакомства последнего с предметом исследования: перед врачом появляется пациент, зачастую находящийся в состоянии острого заболевания, его мучает жар, лихорадка, боль (не говоря уже о ситуациях, требующих срочного хирургического вмешательства). Ученому немедленно предъявляется предмет исследования во всей его полноте, вопрос состоит также и в том, что этим предметом является человек, требующий немедленной помощи. Эта помощь означает совокупность вмешательств, в результате которых может последовать выздоровление пациента или его смерть, за которую врачу придется нести ответственность. Следует признать, что врач-исследователь находится в более жестких условиях, чем философ, задумывающийся во время прогулок по Ликею о причинно-следственных связях между наблюдаемыми явлениями. Добавим к этому, что неверный вывод ученого-врача будет немедленно скорректирован практикой. Рассуждая о взаимосвязи идей Герофила и натурфилософии Аристотеля, не следует также забывать о том, что сильное влияние перипатетиков в Александрии III в. до Р.Х. считается общепризнанным. Мы не имеем оснований утверждать, что Герофил во время своих публичных лекций ссылался на Аристотеля или беседовал с приехавшим в Александрию Теофрастом, но определенно понимаем, что Герофил не мог быть незнаком с содержанием работ Аристотеля и Диокла по медико-биологической проблематике.

Важнейшим вопросом в медицинской теории во все времена была и остается проблема причинности. Герофил прекрасно понимает важность причинного объяснения для формирования теории. Мы полагаем, что Герофил принимал модель Аристотеля в этой части, хотя, скорее всего, был несколько более сдержан в отношении универсальных возможностей выяснения причины. Гален указывает на принятие Герофилом идеи причины болезни не прямо и определенно (как этиологического принципа), а скорее на гипотетической основе. По нашему мнению, допущение Герофилом «гипотетических причин» не означает расхождение с Аристотелем. Вновь обратим внимание читателя на то, что речь идет о гораздо более сложном предмете исследования и проблеме явлений и причин этих явлений, носящих скрытый характер. Они никогда не наблюдаются исследователем в полном объеме. Все вопросы анатомии и физиологии относятся к числу таких скрытых явлений. Для их прояснения необходимы вскрытия тел животных и человека, а также физиологические эксперименты.

⁴ См.: *Papyrus Londiniensis 137* (*Anonymus Londiniensis, Iatrica 21. 18–32 = Herophilus fr. 50a van Staden*). Перевод З.А. Барзах.

Именно такой подход мы видим в основе теоретико-практической системы Галена. Вместе с тем, отдавая должное гению Галена, следует помнить, как именно формировалась эта традиция и кто был предшественником великого римского врача.

Критика историографии вклада Эрасистрата в историю медицины

Эрасистрат наряду со своим современником и земляком Герофилом является легендарной фигурой в истории медицины. Рассказ о превосходном состоянии медицины в Александрии IV в. до Р.Х. в последние десятилетия встречается практически во всех обзорных монографиях и учебниках по истории медицины. Александрийскую «медицину Герофила и Эрасистрата» историки античности также довольно часто приводят в качестве примера расцвета науки и культуры эпохи эллинизма. Иногда отмечается, что основные достижения Герофила связаны с исследованием анатомии, а Эрасистрата – с созданием некоторых экспериментальных физических моделей для изучения физиологических процессов [19–22]. В специальной литературе также встречаются аналогии между Эрасистратом и выдающимся механиком и математиком Архимедом. В историографии сохранилась тенденция говорить о Герофиле и Эрасистрате, не разделяя их имена, как бы подчеркивая их общий вклад в развитие медицины. Так, например, Дж. Лонгригг называет этих врачей «двумя великими александрийскими анатомами» [23, р. 61]. Он также указывает на тот факт, что вплоть до конца 1980-х годов, «несмотря на грандиозность достижений этих двух александрийцев», историкам «были доступны лишь фрагментарные издания их трудов» [23, р. 183]. Серьезными работами с источниками в этой области были, по мнению Дж. Лонгригга, сборники на немецком языке, содержащие фрагменты текстов Герофила и Эрасистрата, подготовленные К.Ф.Х. Марксом (K.F.H. Marx) [24] и Р. Фухсом (R. Fuchs) [25]. На английском языке по этой теме он указывает две статьи Ж.Ф. Добсона (J.F. Dobson) [26, 27]. Достаточный объем информации о работах знаменитых александрийцев ученые получили лишь в конце 1980-х – начале 1990-х годов: важное значение имели издание Гарофало (I. Garofalo) [28] и фундаментальный труд Г. фон Штадена (H. von Staden) [7].

Источники, переведенные в последние годы на русский язык в рамках публикации «Сочинений» Галена [29–32], свидетельствуют о значительных различиях во взглядах Эрасистрата и Герофила на медицинскую теорию и практику. Внимательно рассматривая каждое, даже не очень значительное, упоминание об Эрасистрате, встречающееся в работах Галена, шаг за шагом удастся приблизиться к решению

задачи достоверной реконструкции взглядов знаменитого александрийского врача.

Дж. Лонгригг считает, что самым важным источником сведений о Герофиле и Эрасистрате являются произведения Галена. По его мнению, «Гален был хорошо знаком с их работами и явно находился под их влиянием, хотя время от времени его восхищение ими сменялось резкой критикой» [23, р. 183]. Подобное обобщение кажется чрезмерным: в доступных мне текстах Галена я не встретил особой критики в адрес Герофила, как и восхищения трудами Эрасистрата. О Герофиле Гален пишет немного и, как правило, довольно сухо: констатирует моменты, когда Герофил был прав либо когда факт научного открытия связан с его работами. Вместе с тем Дж. Лонгригг справедливо отмечает, что «Гален враждебен к Эрасистрату, который, по его мнению, опрометчиво отказался от традиционных идей и практик Гиппократов, таких как теория о четырех жидкостях или практика кровопускания» [23, р. 183]. Это верно, однако в работах Галена имеется много фрагментов, где он констатирует правоту Эрасистрата в тех или иных вопросах.

С 1920-х годов в специальной литературе появляются описания опытов, представлявших собой попытки моделирования физиологических процессов, которые будто бы воспроизводил Эрасистрат с использованием физических приборов. Основоположниками этой традиции можно считать Т. Мейера-Штейнега и К. Зудгофа, сочинение которых долгое время оставалось едва ли не единственным комплексным исследованием по истории медицины, переведенным на русский язык [19], и влияние их суждений на советских ученых было особенно значимым. Вклад этих исследователей в развитие истории медицины высоко оценивался и в англоязычной историографии, и нет ничего удивительного в том, что поколения отечественных ученых без особой критики воспроизводили эту точку зрения.

Однако описания, данные К. Зудгофом и его соавтором, довольно туманны и неконкретны: авторы рассуждают о тех или иных взглядах Эрасистрата, но практически не ссылаются на источники. Так, например, они указывают на то, что, по мнению Эрасистрата, болезнь представляет собой состояние, когда естественные функции организма не осуществляются вследствие переполнения частей тела недостаточно переваренными остатками пищи. По мнению Т. Мейера-Штейнега и К. Зудгофа, именно это состояние Эрасистрат называет «плеторой», и оно находится в центре его теории патологии. Они указывают на то, что Эрасистрат первым описал цепь патологических изменений разных органов, например, печени при водянке, и утвер-

ждают, что эти наблюдения сделаны Эрасистратом при вскрытии трупов. Они считают, что эти и другие патологоанатомические исследования привели к тому, что Эрасистрат преувеличивал значение «чисто местных изменений» в общей патологии [19, с. 81]. Сразу возникает вопрос: каким образом водянка и наблюдающиеся при этом изменения печени могут быть интерпретированы как переполнение неперева-ренными частями пищи? Ведь «плетора» – это весьма распространенный древнегреческий медицинский термин, со времен Гиппократова означающий именно переполнение жидкостью. Т. Мейер-Штейнег и К. Зудгоф также указывают, что Эрасистрат считал лихорадку симптомом (не болезнью) и следствием закупорки круга пневмообращения в больших артериях, возникавшим в результате проникновения туда крови из переполненных вен. Однако нет оснований сомневаться в том, что Эрасистрат рассматривал печень как гемопозитический орган, в котором кровь образовывалась из поступавшей в организм пищи. Эта точка зрения была сформулирована еще Платоном в «Тимее», хотя идея появилась раньше. Схожее понимание принципа кроветворения мы встречаем и в текстах «Корпуса Гиппократова». Можно считать, что оно сложилось в косской и книдосской традиции еще в V в. до Р.Х. Т. Мейер-Штейнег и К. Зудгоф не объясняют, каким образом тезис о неперева-ренных остатках пищи соотносится с описываемой ими точкой зрения Эрасистрата на генез лихорадки. Замечу, что их интерпретация взглядов Эрасистрата на значение перетока крови в артерии из переполненных вен является верной и подтверждается соответствующими отрывками из текстов Галена. Верно и то, что перетоком, но на уровне более мелких сосудов, Эрасистрат объяснял местный воспалительный процесс: например, исследователи отмечают, что, по мнению Эрасистрата, «артрит возникает вследствие плеторы суставов» [19, с. 81]. Это утверждение верно, но оно не согласуется с утверждением о переполнении частей тела «неперева-ренными остатками пищи», ведь «плетора» – это переполнение жидкостью. Например, «плетора», приводящая к воспалению, – это выход избыточного объема крови за пределы венозного русла. Для того чтобы это произошло, пища должна преобразоваться в кровь, причем в избыточном количестве. Как это соотносится с тезисом о переполнении частей тела неперева-ренными остатками пищи? К. Зудгоф и его соавтор утверждают: «Сводя все болезни к одному принципу «плеторы», Эрасистрат в своих построениях мог совершенно отказаться от выяснения этиологии в собственном смысле слова, так как глубокие причины «плеторы» имели для него только теоретическое значение» [19, с. 81]. Однако далее утверждается обратное: «В соответствии со своими теоретическими предпосылками Эрасистрат построил свою терапию на двух основных принципах. Терапия должна прежде всего иметь этиологи-

ческий характер, т. е. должна быть направлена против общей причины, против «плеторы»; с другой стороны, она должна носить местный характер, т. е. объектом ее непосредственного воздействия должен быть больной орган» [19, с. 82]. Так отрицал Эрасистрат этиологию болезни или, наоборот, утверждал этиологический принцип?

Об определенных суждениях Эрасистрата Т. Мейер-Штейнег и К. Зудгоф имели верное представление. Они справедливо указывают на то, что в терапевтической тактике Эрасистрата ключевое значение имели мероприятия, целью которых было «устранение переполнения тела» – диета, вплоть до полного воздержания от употребления пищи, использование слабительных, рвотных, мочегонных и потогонных средств и т. д. При этом они признают: «К кровопусканиям Эрасистрат прибегал лишь в редких случаях, так как, извлекая мало крови, мы удаляем мало вредных веществ; извлекая же достаточное количество ее, мы удаляем больше, чем это нужно в интересах больного» [19, с. 82]. Однако это утверждение неверно: Гален говорит, что ни в одном из трудов Эрасистрата нет рекомендаций к проведению венотомии.

Один из основных вопросов истории александрийской медицины III в. до Р.Х., находившийся в центре внимания историков медицины во второй половине XX в., был связан с тем, проводили ли в Мусейоне вскрытия живых людей. Сохранившиеся источники (в основном свидетельства А.К. Цельса и Тертуллиана) интерпретировались по-разному. Мне этот вопрос представляется второстепенным, так как никакого практического смысла эти вскрытия иметь не могли. Возможно, что особенностью пенитенциарной системы государства Птолемеев (как и многих государств до, после и во время их правления) было понимание того, что по отношению к особо опасным преступникам оправданы любые действия. Об этом свидетельствуют изощренные пытки и казни, известные историкам. Однако даже если эти вскрытия и имели место, то носили единичный характер. Подвергаемый пыткам человек сопротивляется, и даже если он бездвижен (например, растянут ремнями и жестко зафиксирован), происходят естественные физиологические реакции (например, судороги, обильное кровотечение). Информация, которую может получить врач при подобной процедуре, по сути, ничтожна. Даже если бы Герофил или Эрасистрат однажды согласились вскрыть живого преступника, то вскоре могли убедиться в том, что вскрытие трупа недавно умершего дает гораздо больше информации, чем неудобная и во всех отношениях неприятная вивисекция. Следует также обратить внимание на упорное отрицание подавляющим большинством врачей эпохи Античности того факта, что в артериях содержится кровь. Мы знаем только двух знаменитых врачей Античности,

утверждавших, что артерии содержат кровь и пневму, – Герофила и Галена. Доступные нам источники указывают на то, что и Эрасистрат, и многие другие (до и после него) считали, что артерии содержат только пневму. На этом и основан тезис Эрасистрата о воспалительном процессе как патологии, объясняемой ненормальным перетоком избыточной венозной крови в артериальное русло или окружающую сосуды ткань. Если бы Эрасистрат вскрывал живого человека, он убедился бы, что магистральные артериальные сосуды содержат кровь. Общеизвестное античными врачами мнение, согласно которому в артериях содержится только пневма, свидетельствует о том, что хирургические вмешательства на протяжении многих сотен лет носили локальный характер. На это указывают и работы Галена: в них прослеживается преемственность хирургических и травматологических практик автора по отношению к «Корпусу Гиппократата». Это тем более важно понимать, так как нам известно, что Гален был весьма искусным хирургом-экспериментатором, выполнявшим сложнейшие операции и физиологические эксперименты на животных.

Привлекательным аргументом в пользу возможности проведения вскрытий живых людей является тезис о принципиальной разнице между живым и мертвым телом. Отрицание познавательного значения анатомических исследований врачами-эмпириками, воспитанными в духе стоической философии, и было основано на этой идее. Ведь если с наступлением смерти человеческое тело теряет нечто определяющее, то знания, полученные на основе изучения трупа, невозможно экстраполировать на живой организм. Следовательно, анатомические вскрытия бессмысленны, так как они не предоставляют информации о живом организме.

Даже если кто-либо из александрийских врачей предпринимал попытки вскрыть живого человека, то столкнулся с указанными проблемами и убедился в том, что вскрытия живых людей бессмысленны с точки зрения возможности получить полезные знания.

Итак, в историографии сформировалось комплиментарное суждение о значении работ Эрасистрата как врача, анатома и физиолога, однако источники, подтверждающие эту точку зрения, отсутствуют. Более того, известные сочинения Галена заставляют усомниться в правильности подобной оценки работ Эрасистрата. Разумеется, что тексты Галена как источник сведений о творчестве Эрасистрата следует воспринимать с осторожностью. Но ведь так нужно подходить к любому источнику! Критика источника является одним из основных источниковедческих методов, которым обязан владеть любой ученый-историк.

Что мы узнали об Эрасистрате из трудов Галена?

Для правильного восприятия сведений о взглядах Эрасистрата, о которых сообщает Гален, следует учитывать, что он для Галена является отрицательным историческим персонажем. Очевидно, подходы современных Галену врачей-методистов имели много общего с учением Эрасистрата о болезнях и методах их лечения. Гален часто критикует знаменитого александрийского врача, не уставая подчеркивать преемственность многих взглядов врачей-методистов II в. по отношению к идеям и практике Эрасистрата. Многолетний опыт работы с текстами Галена позволяет мне утверждать, что некоторые его рассуждения носят откровенно предвзятый характер, спекулятивны и в целом крайне эмоциональны. Яркий пример – рассуждения великого римского врача о взглядах Платона на медицину в трактате «Об учениях Гиппократата и Платона» [31, 32].

При этом следует четко понимать, что Гален – добросовестный ученый. Его комплименты, безусловно, основаны на убежденности в научной правоте суждений тех, кому он симпатизирует. Не следует также забывать, что он врач, чрезвычайно внимательный к своим пациентам, и конечный клинический результат является для него главным способом проверки научной истины. Гален всегда подробно аргументирует свою точку зрения и подробно разбирает суждения своих оппонентов. Все это дает ученому-историку возможность выбрать правильную методику критического анализа оценок взглядов Эрасистрата, данных великим римским врачом.

В ряде своих сочинений, помимо критики Эрасистрата, Гален констатирует его очевидные достижения и правильные суждения по тем или иным вопросам медицинской теории и практики. На мой взгляд, этим оценкам следует доверять. Если Гален за что-то хвалит Эрасистрата, то, с учетом его общего негативного отношения к наследию этого знаменитого александрийского врача, такие достижения должны были быть очевидны и бесспорны. Позитивные оценки отдельных суждений Эрасистрата, данные Галеном, носят вынужденный характер: он как будто заставляет себя их высказывать и тут же добавляет изрядную порцию критики.

Следует исходить из того, что Гален был хорошо знаком с работами Эрасистрата: во II в. они были широко распространены и известны специалистам. Врачи-методисты составляли большинство врачебной элиты того времени, а для них Эрасистрат был уважаемым ученым, на работах которого в значительной мере основывались их профессиональные взгляды. Трудно представить, что Гален мог позво-

лить себе сознательно исказить взгляды Эрасистрата, не рискуя быть обвиненным в недобросовестности. Гален очень аккуратно воспроизводит мнения Эрасистрата, постоянно ссылаясь на его труды, поэтому две работы Галена – «О вскрытии вен, против последователей Эрасистрата, живущих в Риме» [29, с. 426–462] и «О вскрытии вен, против Эрасистрата» [33] – имеют большую ценность: благодаря им, стали известны названия некоторых основных трудов Эрасистрата, появилась возможность составить представление о круге его профессиональных интересов и основных интересовавших его вопросах медицинской теории и практики. Эрасистратом были написаны следующие произведения: «О кровотечении», «О лихорадках», «О ранах», «О заболеваниях желудка», «О подагре», «О здоровье», «О брюшной полости», «О параличе».

В трактате «Об учениях Гиппократов и Платона» Гален, ссылаясь на сочинение Эрасистрата «О лихорадках»⁵, констатирует, что великий александриец установил существование структур, которые мы в настоящее время называем сердечными клапанами. Гален указывает на «мембраны», которые присоединяются к устьям сосудов, по которым кровь притекает к сердцу и оттекает от него. В устье полой вены Эрасистрат описывает три мембраны, расположение которых напоминает оси стрелки, и называет их трехстворчатыми. Клапанные структуры описаны Эрасистратом и по отношению к устью легочных артерий (у Галена это «веноподобные артерии»). Дж. Лонгригг отмечает, что эти мембраны, по мнению Эрасистрата, выполняют важную роль в общей работе сердца, «меняясь» в соответствующие моменты: «...Те, которые присоединяются к сосудам, ведущим в сердце извне, работают для получения вещества и, откидываясь назад в полость сердца, открывают отверстие, чтобы дать беспрепятственный проход тому, что втягивается в их полости. Ибо, по его словам, вещество перекачивается не спонтанно, а в некоторые сосуды. Мембраны, которые, по его словам, находятся в сосудах и которые проводят вещество из сердца, рассматриваются Эрасистратом противоположным образом. Они изгибаются наружу изнутри и, в соответствии с количеством проходящего вещества, открываются навстречу веществу. Но в остальное время они надежно закрыты и не позволяют посланному веществу вернуться. Так и мембраны в сосудах, перегоняющих вещество в сердце, закрывают отверстие каждый раз, когда сердце сокращается и не допускает вещество, привлеченное им, течь обратно» [23, р. 206]. Далее Дж. Лонгригг указывает: «Вероятно, Эрасистрат был первым, кто открыл скоординированную функцию всех четырех основных клапанов сердца. Было высказано предположение, что именно он на самом деле обнаружил и

5 См. шестую книгу Галена «Об учениях Гиппократов и Платона» [32, с. 197].

назвал трехстворчатый и двустворчатый клапан. Но в то время как он, возможно, действительно обнаружил их, следует отметить, что Гален специально приписывает введение первого термина «некоторым из последователей Эрасистрата». Как видно из вышесказанного, александрийцы имели ясное представление об их форме и функциях и верно считали их механизмами для поддержания потока в одном направлении. Трехстворчатый клапан на входе в правый желудочек позволяет крови войти, но не вернуться в правое предсердие и полую вену, в то время как второй клапан (клапан легочной артерии) в начале «схожий с артерией вены» (легочной артерии) позволяет крови течь к легким, но не обратно в сердце. Аналогичным образом два клапана, двустворчатый (митральный) и полулунный (клапан аорты), контролируют поток из левой стороны сердца, хотя в этом случае, в соответствии с мнением Эрасистрата, веществом, которое входит и выходит, является пневма» [23, р. 207].

Данное Эрасистратом описание ритмичной работы сердца позволило некоторым историкам медицины утверждать, что александрийские врачи рассматривали работу сердца как работу своеобразного двойного насоса. Например, Й. Лоуни (I.M. Lonie) указывает на то, что Эрасистрат мог наблюдать, как работает насос с двумя чередующимися наборами клапанов [34]. В более позднем трактате Герона Александрийского «Pneumatica» упоминается подобный насос, изобретенный Ктесибием, современником Эрасистрата [23, р. 208]. В целом в историографии довольно много версий о представлениях Эрасистрата о физиологии сердца как работе насоса – проблема заключается в том, что все они домысливаются учеными и не подтверждаются источниками. До нас не дошел ни один фрагмент из сочинений Эрасистрата, указывающий на жизнеспособность подобных сравнений, поэтому все рассуждения о нем как об ученом, который создавал механические модели физиологических процессов, лишены всяких оснований.

Что же на самом деле знал Эрасистрат и в чем заблуждался? Он определенно представлял себе, в чем заключается функция легочной артерии и значение сердца для перемещения крови. Эрасистрат правильно описывал структуры головного мозга, он различал головной мозг и мозжечок и выделял желудочки мозга, хотя первоначально считал, что все нервы проистекают из *dura mater*. Гален сообщает следующее: «7.3.6. Эрасистрат, который в течение длительного времени видел только наружную часть нерва, произрастающую из твердой оболочки, думал, что из нее же произрастает весь нерв, и большинство его сочинений полны рассуждениями о том, что нервы растут из оболочки, окружающей головной мозг. <...> 7.3.32. Но есть еще один,

не имеющий пары, который ведет в самое начало спинного мозга. В этом месте при повреждении твердой оболочки канал более всего обнажается вместе с задним краем желудочка головного мозга, что не в последнюю очередь ввело в заблуждение Эрасистрата: он полагал, что животное немедленно теряет способность к движению из-за повреждения твердой оболочки, ведь он видел, что, когда бык бывает ранен в область первого позвонка, животное теряет способность двигаться, как только рассечена оболочка» [32, с. 266, 270].

В конце жизни, благодаря опыту, приобретенному в результате проведения анатомических вскрытий, Эрасистрат пришел к выводу, что нервы исходят непосредственно из головного мозга: «Однако, когда в старости, уйдя на покой и посвятив все свое время научным исследованиям, он стал более искусно делать вскрытия, результаты этих экспериментов привели его к мысли, что сердцевина нервов как бы растет из головного мозга» [32, с. 266].

Разумеется, взгляды Эрасистрата на пневму никоим образом не противоречат его тезису о том, что нервы исходят из головного мозга. Судя по ремаркам Галена, Эрасистрат считал, что из головного мозга также выходит пневма и, распространяясь внутри нервов, передает сигнал от головного мозга разным частям тела.

Г. Дильс указывает, что в предисловии к «Pneumatica» Герона Александрийского описывается корпускулярная теория, предложенная ранее перипатетиком Стратоном из Лампсака [35]. По мнению знаменитого немецкого историка и философа, и Герон, и Эрасистрат считали, что материя состоит из мельчайших частиц, чередующихся с пустотой, и практически все части тела содержат промежутки (но не «большую пустоту»). Соответственно, если где-то существует пустота большая, чем в норме, то окружающее вещество сразу проникает внутрь, заполняя ее. Г. Дильс говорит об этой теории, ссылаясь на Симпликия, который, в свою очередь, приписывает ее Стратону. Сам Г. Дильс, продолжая эту мысль, указывает на связь Эрасистрата с традициями Ликеев. Однако Диоген Лаэртский в очерке, посвященном Теофрасту, лишь замечает, что Эрасистрат мог посещать лекции Теофраста в Ликее⁶. Иными словами, доказательства того, что Эрасистрат учился в Ликее, отсутствуют. Эрасистрат некоторое время жил в Афинах, однако он мог посещать философов других школ точно так же, как, по замечанию Лаэртсия, «мог слушать лекции Теофраста».

Дж. Лонгригг указывает на сочетание стратоновской «корпускулярной теории с учением о пневме», ссылаясь на описание одного

⁶ Диоген Лаэртский: «Некоторые говорят, что и врач Эрасистрат тоже был его слушателем, и это вполне правдоподобно» [36, с. 222].

из экспериментов Эрасистрата, приводимого Лондонским Анонимом (Anonymus Londinensis)⁷. Александрийский врач рекомендовал взвесить птицу или похожее на нее живое существо, оставить на некоторое время без пищи в замкнутом сосуде, а затем снова взвесить вместе со всеми экскрементами. Эрасистрат указывал на то, что суммарный вес после пребывания в замкнутом пространстве будет меньше, чем до помещения в сосуд. Большая, чем вес экскрементов, потеря веса, по его мнению, указывала на то, что животное выделяет в атмосферу некие эманации – невидимое вещество, которое, находясь в его организме, обладает реальным весом. Дж. Лонгригг также утверждает, что Эрасистрат был весьма увлечен подобными механистическими идеями [23, р. 215]. Это видно по особенностям его взглядов на переработку пищи. Здесь Эрасистрат отвергает гиппократовскую традицию, утверждающую качественные изменения пищи в желудке под воздействием внутреннего тепла. Главным моментом в переработке пищи Эрасистрат считал механическое воздействие мышц желудка. Именно под их влиянием пищевая масса перерабатывается в достаточно однородное питательное вещество и затем выдавливается в виде млечного сока через стенки желудка и кишечника в кровеносные сосуды. По ним этот сок переносится в печень, где преобразуется в кровь. Во время этого процесса от содержимого отделяется желчь и поступает в желчный пузырь, а чистая кровь из печени поступает в полую вену. Собственно, согласно той же логике, в результате механического выдавливания избыточной массы крови из венозного русла на уровне мелких сосудов и возникает воспалительный процесс. У Галена не вызывает возражений тезис Эрасистрата о важности роли «плеторы» в местном патологическом процессе, однако то, что александрийский врач отрицает значение внутреннего тепла, Галену, безусловно, не нравится.

Попытаюсь кратко суммировать сведения о других взглядах Эрасистрата, которые можно считать доказанными.

Эрасистрат исходил из того, что существуют разные виды эндогенной пневмы: «...Душевная пневма берет начало из головы, а жизненная пневма – из сердца» [31, с. 284]. При этом нет твердых оснований утверждать, что в отличие от Галена он имел определенное мнение о функциях этих видов пневмы в общей организации жизнедеятельности организма. Однако очевидно, что Эрасистрат различал виды пневмы по происхождению.

Эрасистрат отрицает косскую традицию, придающую тетраде сущностей (холодное, горячее, влажное, сухое) первостепенное

⁷ О Лондонском Анониме и его сочинении см.: [37].

значение в патогенезе. Диоген Лаэртский, как уже было сказано, упоминает о том, что Эрасистрат, возможно, был учеником Теофраста. На этом основании Эрасистрата стали относить к перипатетикам. Г. Дильс говорит о корпускулярной теории перипатетика Стратона Александрийского (ученика Теофраста) как об основе натурфилософских взглядов Эрасистрата. Веских оснований оспаривать это мнение нет: необходимые для этого источники отсутствуют. Однако замечу, что ясных указаний на такую связь в доступных нам источниках также нет. Мы точно знаем, что Эрасистрат учил о невидимых корпускулах и составленных из них эманаций, испускаемых телами (об этом свидетельствует эксперимент с птицей, описанный Лондонским Анонимом). Можно ли считать, что Эрасистрат склонялся к атомистическим взглядам? Ведь мнение о его симпатии к идеям Стратона – чистое предположение, призванное примирить два как бы заранее известных тезиса – о корпускулярной природе материи и об обучении в Ликее. Но последнее не помешало Эрасистрату отрицать принципиальное для перипатетиков учение о холодном, горячем, влажном и сухом!

В историографии общим местом стало упоминание суждений Эрасистрата о пустоте в материальном объекте. Это подтверждает Гален: «Если что-то опустошается, то находящееся рядом заполняет оставленное пространство. Эрасистрат обычно называет это явление «замещение по мере опустошения»⁸. Однако в этом мнении можно узнать не только аристотелевскую Природу, которая «не терпит пустоты», но и атомистическое заполнение частицами возможного объема. Ведь у Демокрита и особенно у Эпикура правильное представление о пустоте является важной частью теории.

Эрасистрат не разделяет мнение Платона о природе дыхания: «...Учение Платона отличается от учения Гестия из Академии, а также от мнения Эрасистрата, утверждавшего, что воздух движется по идеальному кругу и всегда возвращается одним и тем же способом в одну и ту же точку. <...> Дыхание не может быть действием или движением с помощью «кругового толчка», это еще доказал Эрасистрат, опровергнув мнение Гестия» [30, с. 779, 781]. Знаменитый александрийский врач, по мнению Галена, неверно учил о печени, полагая, что разветвления вен внутри этого органа существуют для отделения желтой желчи⁹.

Еще больше различий в представлениях Галена и Эрасистрата о работе почек. Здесь важно понимать, что труды Галена отнюдь не представляют собой бесконечный перечень его блестящих прозрений, а в значительной степени суммируют основные моменты теории

⁸ См. трактат Галена «Фрагменты комментария к «Тимею» Платона» [38, с. 778].

⁹ См.: Гален. О назначении частей человеческого тела [8, с. 180].

и практики более чем пятисотлетнего развития учения школы гиппократиков-рационалистов. Вне всякого сомнения, Гален – блестящий мыслитель, с именем которого связано множество важных научных достижений. Однако его собственный вклад, например, в развитие хирургии или акушерства и гинекологии невелик. Более того, В. Наттон справедливо указывает на присущее Галену стремление возвысить себя, порой замалчивая чужие приоритеты [20]. Например, Гален неоднократно упоминает Марину как выдающегося анатома, который «вслед за древними восстановил изучение анатомии, одно время пребывавшей в забвении»¹⁰. Однако как часто Гален ссылается на Марину или Руфа Эфесского при изложении своих взглядов на устройство человеческого тела? Подобные ссылки единичны! Именно поэтому я заостряю внимание на значении трудов Галена как суммы творчества многих апологетов гиппократовской традиции – с этой позиции возражения Галена Эрасистрату и его последователям особенно важны. Для Галена почки – часть системы выделения, почечное кровообращение в таком случае становится особенно важным. Однако Эрасистрат учит, что в артериях нет крови, а содержится только пневма: «...Ни Эрасистрат, ни всякий другой, полагающий, что в артериях находится один только воздух, не сумел бы объяснить полезность величины тех артерий, которые внедряются в почки. Ведь если почки очищают только вены и поэтому в них, несмотря на их малые размеры, внедряются значительные вены, то не следовало бы, чтобы артерии были одинаковой величины с венами, но, может быть, и вовсе не следовало, чтобы какие-либо артерии вообще входили в почки, разве только совсем маленькие и совсем незаметные, как и нервы» [8, с. 202].

По мнению Галена, Эрасистрат и его последователи до конца не понимают значение телеологического принципа, поэтому «беспрестанно восхваляют ее [природу. – Д.Б.] за то, что она ничего не сделала напрасно, но в действительности они не преследуют этой цели и не стараются доказать, что для каждого органа эта похвала действительно справедлива; напротив, они охотно замалчивают и опускают многое из строения частей» [8, с. 202].

С этим связана, например, оценка Эрасистратом значения селезенки: «...Она была создана без всякой цели по какой-то излишней мудрости. И он [Эрасистрат. – Д.Б.] не стыдится утверждать, что природа, которая ничего не делает неразумного, – это его собственное выражение – создала такой большой орган совершенно бесполезно. Опасаясь, по-видимому, как бы не показалось, что она сознательно забыла о своем искусстве, природа, создав с правой стороны печень

¹⁰ См. восьмую книгу трактата «Об учениях Гиппократа и Платона» [32, с. 341].

животного, еще находящегося в материнской утробе, противопоставила ей с левой стороны селезенку, желая что-нибудь создать и в этой области» [8, с. 184].

Довольно сложным является вопрос о взглядах Эрасистрата на устройство и функцию сосудистой системы. Известно, что Эрасистрат (как и многие другие врачи античности) считал, что артерии в нормальном состоянии содержат только пневму. С другой стороны, общепризнано, что Эрасистрат проводил серьезные анатомические исследования. Невозможно предположить, что врач с такой репутацией и обилием разноплановых пациентов никогда не применял скальпель и не сталкивался с серьезными проникающими ранениями. Следовательно, он не мог не наблюдать кровотечение из артерий.

Гален дает важную подсказку: «Если одновременно поранить несколько главных артерий, то из них течет кровь — в этом согласны почти все. Поэтому те, которые совершенно отрицают существование крови в артериях, как Эрасистрат, все же признают, что артерии сливаются с венами» [8, с. 248]. Этим же объясняется воспалительный процесс: «Сам Эрасистрат старательно поучает нас, что воспаление происходит только благодаря излиянию крови из вен в артерии» [8, с. 248]. Это по-своему логичное объяснение, вполне сочетающееся с идеей полного заполнения артерий пневмой: «Если артерии расширяются подобно мехам не потому, что наполняются, но наполняются потому, что они раздуваются подобно кузнечным мехам, они обязательно должны всосать некоторые частички из вен, потому что анастомозы между венами и артериями допускаются даже самим Эрасистратом» [8, с. 255]. Гален с этим не согласен: для него, как и для Герофила, ясно, что в артериях содержится не только пневма, но и кровь: «Что же касается взглядов Эрасистрата на артерии, взглядов, противоречащих очевидности и оспаривающих ее, то, так как я выступал против них не раз и не два, а много раз, то я считал лишним вновь возвращаться к ним» [8, с. 249]. Работа сердца, прокачивающего кровь не только в легкие (это понимал и Эрасистрат), но и в артериальное русло, обеспечивает функции пульсации артерий и дыхания: «Поэтому возможно, что по отношению к сердцу сосуд, содержащий кровь, сохраняет природное тепло левой полости, тепло, которое, как мы доказали, обуславливает у живых существ дыхание и пульс. Все это ясно доказывает, что природа устроила все весьма предусмотрительно, что истина всегда согласуется сама с собой и что утверждения Эрасистрата о совершенном отсутствии смешения материй не согласуются ни с фактами, ни сами с собой» [8, с. 255].

В рамках телеологической модели взгляда на устройство челове-

ского тела большое значение приобретает вопрос о том, из какого органа произрастают вены и артерии и в каком направлении складывается конечная топография сосудистого русла. Для Галена корнем венозной системы является печень, по мнению Эрасистрата, артерии произрастают из сердца: «6.6.23. Может быть, поскольку первоначальное формирование их происходит в сердце, его можно назвать началом вен? Однако вопрос был поставлен не о начале в том смысле, который мы определили в начале первой книги¹¹. И помимо того, что вопрос об источнике происхождения вен изначально не ставился, Эрасистрат не берет на себя какое-либо доказательство того, что природа, формируя зародыш, вырастила из сердца вены как род» [32, с. 199].

В этом же контексте следует рассматривать довольно расплывчатые представления Эрасистрата о дыхании и роли сердца в существовании этой важнейшей функции. Об их характере мы можем судить по следующему отрывку из трактата Галена «О назначении частей человеческого тела»: «В самом деле, если эти артерии совершенно лишены крови, как и трахея, — таково предположение Эрасистрата, — то почему эта трахея не оканчивается непосредственно у сердца? Почему также в трахею внедряются небольшие венозные веточки, тогда как они не внедряются в гладкие артерии? Ведь, таким образом, природа, ничего не делающая бесполезно, как то признает сам Эрасистрат, создала бы без всякой цели не только гладкие легочные артерии, но также вены: первые (артерии) потому, что сердце, имея возможность непосредственно соединиться с трахеей, не нуждалось бы в гладких артериях; а вторые (вены) потому, что, согласно с его взглядами, оболочка трахеи и вообще артерий всех частей тела, представляя собой ткань, состоящую из вен, артерий и нервов, каждая как таковая, питается содержащейся в ней веной — веной простой и признаваемой только мысленно — и не нуждается в присоединении большой и сложной вены. <...> Ведь, не говоря уже о других доводах, тот, кто пожелал бы защищать Эрасистрата, проявил бы свою неосновательность, говоря, что трахея, будучи составлена из хрящей, не может соединиться с сердцем. В самом деле, как кольца трахеи связаны друг с другом перепончатыми телами, так они могли бы быть соединены с сердцем таким же способом. Почему же артерии в легком не однородны? Больше того, зачем нужны ему вены? Эрасистрат не сумел бы ответить на эти вопросы» [8, с. 264–265].

Эрасистрат отрицал значение внутреннего тепла — одного из важных компонентов учения последователей Гиппократов. Соответственно, распадалась смысловая конструкция, в рамках которой была ясна стройная взаимосвязь функций дыхания и кровообращения. Судя

¹¹ Имеется в виду первая книга трактата Галена «Об учениях Гиппократов и Платона».

по всему, для Эрасистрата внутрилегочное сосудистое русло и трахеобронхиальное дерево существовали вне функциональной общности – они просто находились внутри ткани легких. Поэтому Гален и предлагает представить, что трахеи и бронхи соединены непосредственно с сердцем – вне логики функционального осмысления их значения это просто полые трубки. Почему бы в таком случае не представить себе, что легкие связаны с сердцем не посредством вен и «венopodobных артерий», а с помощью полых трубок, продолжающих трахею?

Частью этого заблуждения Эрасистрата являлось и суждение о том, что в левом желудочке сердца не содержится кровь.

Итак, с описанием и положительными оценками, данными Галеном работам Эрасистрата, все становится ясно: в этом отношении труды великого римского врача можно считать достоверным источником. Однако Гален в основном критикует Эрасистрата, и следует тщательно разобраться, что следует считать констатацией заблуждений Эрасистрата, а что лишь является следствием излишней эмоциональности Галена. На мой взгляд, следует сопоставлять комментарии Галена с хорошо известными и подтвержденными другими заслуживающими доверия источниками данными о теории и практике школы врачей-методистов, а также обратить внимание на структуру текстов самого Галена (в ряде случаев он критикует Эрасистрата, но не приводит конкретных фактов). Иногда он подробно пересказывает труд знаменитого александрийца и даже приводит объемные цитаты из него. В этом случае информация, сообщаемая Галеном, заслуживает доверия.

Хотелось бы обратить внимание на источниковую базу: за исключением трактата «О назначении частей человеческого тела»¹², все другие тексты Галена, ставшие основой настоящего исследования, введены либо вводятся в русскоязычный научный оборот в рамках проекта издания сочинений Галена на русском языке¹³. В таких работах великого римского врача, как «Об учениях Гиппократов и Платона»¹⁴ и «О естественных функциях», в основном содержится информация о взглядах Эрасистрата на теорию медицины – вопросы анатомии и физиологии.

Отношение к венотомии как свидетельство противоречий во взглядах Эрасистрата и гиппократиков-рационалистов

¹² Это сочинение Галена на русском языке было опубликовано в 1971 г. См.: [8].

¹³ В рамках данного проекта осуществлено издание четырех томов сочинений Галена [29–32]. На русском языке опубликовано 17 его работ. В настоящее время готовится к изданию пятый том, в который войдут также ранее не опубликованные на русском языке трактаты этого великого римского врача.

¹⁴ Перевод этого трактата на русский язык см.: [31, 32].

Ранее мною было высказано предположение о том, что натурфилософские воззрения Эрасистрата были близки к атомизму и стали основой клинической практики врачей-методистов. Для проверки этой гипотезы доступной в то время на русском языке источниковой базы явно не хватало. В рамках публикации первого тома «Сочинений» Галена [29, с. 426–462] на русский язык был осуществлен перевод трактата «О вскрытии вен, против последователей Эрасистрата, живущих в Риме» [39]. Должен признаться, что тогда я не оценил в должной мере значение этого текста. В настоящее время подготовлен перевод на русский язык другого сочинения Галена «О вскрытии вен, против Эрасистрата» [33], а перевод текста «О вскрытии вен, против последователей Эрасистрата, живущих в Риме», опубликованный в первом томе, существенно уточнен¹⁵.

Комплексный анализ этих источников позволяет составить представление о подходах Эрасистрата и его позднейших последователей к решению практических задач клинической практики, осуществить реконструкцию учения Эрасистрата. С целью верификации предложенной мною ранее гипотезы будет осуществлен подробный анализ указанных текстов, в которых Гален говорит об Эрасистрате.

Сочинение «О вскрытии вен, против Эрасистрата» начинается констатацией того, что знаменитый александрийский врач не проводил венотомии и никогда не описывал этот метод в своих трудах. Это заявление Галена может показаться весьма категоричным, ведь он сам делает оговорку: Эрасистрат игнорирует венотомию, несмотря на то что «данный способ лечения, наряду с другими серьезными лечебными методами, был в большом почете у его предшественников» [33, р. 147].

Гален утверждает: «Почти ни в одном из его [Эрасистрата. – Д.Б.] сочинений нельзя найти даже термина «вскрытие вен». Лишь однажды он упоминает его в труде «О кровотечении» – но и здесь скорее касается его вскользь, нежели описывает с надлежащим вниманием» [33, р. 148]. Обратим внимание, что Гален все-таки указывает название сочинения Эрасистрата, в котором тот говорит о венотомии. Далее великий римский врач поясняет, что венотомия для Эрасистрата – способ лечения, который не следует использовать: он рекомендует врачам прибегнуть не к венотомии, а к наложению давящих повязок, например в области подмышек и в паху. Гален приводит рассуждения Эрасистрата: «Перевязки под мышками и в паху надо делать не так, как делают некоторые люди, копирующие действия врачей, но не понимающие, что они делают это ради крови, а просто сильно сжимающие

¹⁵ Здесь и далее используется перевод этого текста, осуществленный канд. филол. наук З.А. Барзах.

конечности повязками. Ведь в перетянутых частях тела задерживается значительное количество крови, подтверждение чему можно наблюдать при растяжении и вскрытии вен: ведь кровь течет значительно обильнее, если часть тела, на которой производится вскрытие вены, перевязана. Если же пациент страдает кровохарканьем или кровавой рвотой, большое количество крови можно задержать в голенях и предплечьях посредством перевязки. В результате, когда кровь оттекает из области груди, кровотечение становится значительно меньше. То же самое пытаются сделать те, кто при кровавой рвоте и кровохарканье рекомендует вскрытие вен. Но гораздо лучше рекомендации Хрисиппа...» [33, р. 148].

Здесь же Гален передает слова Эрасистрата о Хрисиппе Книдском, также не считавшем венотомию методом выбора: «Хрисипп же, перераспределяя таким образом питание между частями тела, так что оно у него уже готово и не должно поступать извне, поступает умно, достойно всяческой похвалы и последовательно» [33, р. 149]. Аргумент Хрисиппа прост: пациент может быть истощен, и в этом случае вскрытие вен лишь усугубит его общее состояние.

Далее Гален комментирует этот отрывок из Эрасистрата: «Всякому очевидно, что данное упоминание [о венотомии. – Д.Б.] малозначительно и случайно и недостойно ни научной точности Эрасистрата, ни надежности и силы этого способа лечения» [33, р. 149]. Он делает следующий вывод: «Можно было бы объяснить то, что он [Эрасистрат. – Д.Б.] обошел молчанием этот метод лечения, если бы никто из предшественников Эрасистрата – ни Гиппократ, ни Диокл, ни Еврифонт, ни другие заслуженные врачи – не упоминал этого метода и его применение не было бы открыто и одобрено славными врачами. Но на деле к тому времени другие врачи уже нашли его, и он уже давно был весьма употребителен, не только при лечении какой-нибудь одной случайной болезни, но для исцеления многих, в том числе и самых тяжелых. Ведь этим методом пользовался и сам Гиппократ, ставший для нас источником всего, что есть прекрасного во врачебном искусстве, и другие древние врачи» [33, р. 149–150].

Гален ссылается на врачей прошлого – Гиппократа, Диокла и Еврифонта, – которые не только применяли венотомию, но и с ее помощью исцеляли тяжелых больных. Здесь Гален обходится без цитат и подробного описания нюансов теории: в том, что Гиппократ не отрицал значения венотомии, нетрудно убедиться даже на основе сохранившихся источников.

Гален утверждает: «На деле Эрасистрат настолько далек

от признания действенности вскрытия вен, что он ничего не говорит о том, надо им пользоваться или все же не стоит, да и вообще не решается изложить свое мнение о нем, если не считать, как я уже говорил, единственного упоминания при описании лечения единственной болезни. Однако его молчание на самом деле выдает его главную мысль. Ведь он не обошел бы молчанием метод, который одобряет. Не мог же он считать, что даже незначительные методы лечения нуждаются в его описании, а этот, такой важный, всякий желающий может открыть сам и без его помощи» [33, р. 150]. Это утверждение могло бы показаться сомнительным, если бы Эрасистрат представлял единственным критиком рассечения вен. Гален называет известных врачей прошлого, которые придерживались такого же мнения: «...Даже те, кто учился вместе с Эрасистратом, то есть ученики Хрисиппа Книдского, который первым выдвинул мнение о бесполезности вскрытия вен, расходятся между собой, излагая мнение Хрисиппа. То же, что было сказано по этому поводу Апимантом и Стратоном, просто смешно» [33, р. 151].

Аргументы этих врачей касались двух моментов: технической сложности вмешательства и возможности причинить вред здоровью пациента, существенно превышающий пользу от самой венотомии. Гален формулирует вопросы для дискуссии следующим образом: «Ведь чем, спрашивают они, чрезмерное кровопускание отличается от зарезания? Другие же утверждают, что при этой процедуре происходит попадание пневмы из артерий в вены, так как пневма заполнит опустошаемые от крови вены. По мнению третьих, когда воспаление поражает артерии, из вен выходит слишком много крови. Эти и подобные им высказывания, может быть, и кажутся кому-нибудь убедительными, но на самом деле они совершенно неубедительны и очевидно ложны» [33, р. 152].

Великий римский врач подчеркивает, что у сторонников венотомии имеется теоретическое обоснование применения данного метода: «Их [сторонников Эрасистрата. – Д.Б.] аргументы звучали бы куда убедительнее, если бы они утверждали то, что говорят некоторые другие врачи, исходящие из природы соков» [33, р. 152].

Далее Гален переходит к изложению взглядов Эрасистрата и приводит значительный по объему отрывок из одного из сочинений знаменитого александрийца. Гален не указывает названия этого произведения, однако можно предположить, что это цитата из трактата «О кровотечении». Подобные отрывки из сочинений Галена очень важны, так как современные ученые не имеют возможности работать с текстами самого Эрасистрата. Приведу отрывок полностью: «Эрасистрат полагает, что «сосудом для пневмы служит артерия, а для крови – вена, кроме того, самые большие сосуды всегда разделя-

ются на более мелкие. При этом число мелких сосудов значительно превышает число крупных. Сосуды, разделяясь, пронизывают все тело таким образом, что не остается места, где не было бы окончания сосуда. Концы сосудов настолько узки, что их узость не дает вылиться содержащейся в них крови. Из-за этого, хотя устья вен и артерий смыкаются, кровь остается в границах вен и не проникает в сосуды с пневмой. Так бывает, если живое существо пребывает в своем естественном состоянии, если же какая-либо насильственная причина заставляет кровь перетекать из вен в артерии, то это ведет к болезни. Существуют и другие причины, и не в последнюю очередь – полнота крови в сосудах, из-за которых растягивается оболочка вены, закрытые ранее концы вен открываются, и кровь перетекает в артерии, где она сталкивается с пневмой. И если она, столкнувшись с пневмой, движимой сердцем, заставит ее изменить направление движения, так что она окажется возле начала своего движения, то возникнет лихорадка. А если она, отталкиваемая пневмой, скопится в концах артерий, возникнет воспаление. Итак, в большинстве случаев воспаление возникает по этой причине» [33, р. 153–154]. Гален отмечает, что «Эрасистрат правильно определил причины возникновения жара и воспалений», но тут же оговаривается: «...Хотя в других сочинениях мы показали, что он заблуждается» [33, р. 154].

Гален объясняет лихорадку так же, как и Эрасистрат, и в то же время напоминает, что, по мнению Эрасистрата, в артериях циркулирует пневма, а в венах – кровь. Сам же Гален, вслед за Герофилом¹⁶, считал, что артерии содержат кровь и один из видов пневмы – жизненный дух, образование которого великий римский врач связывал с деятельностью средней части души, локализующейся в сердце. Здесь констатируется еще одно очень важное расхождение во взглядах Герофила и Эрасистрата, ставящее под сомнение широко распространенное мнение о том, что Эрасистрат (как и Герофил) имел значительный опыт вивисекций. Ведь при проведении вивисекции наблюдается артериальное кровотечение – его нельзя не увидеть при пересечении магистральных сосудов!

В чем же тогда Гален может быть согласен с Эрасистратом? Главное здесь – тезис о том, что при кровотечении возникает воспаление. Эрасистрат видит причину в перетекании крови в артерии вследствие повреждений обоих видов сосудов (не следует забывать, что для знаменитого александрийского врача в норме есть только один вид крови – венозная). Переток крови в вены, согласно взглядам Эрасистрата, – явление патологическое, вызывающее дополнительный

¹⁶ Подробнее о Герофиле см.: [7].

проблемный фактор в виде давления пневмы (в норме содержащейся в артериях) на кровь (попавшую в артерии из венозного русла вследствие повреждения). Следствием этого процесса является возникновение местной плеторы, локальное переполнение части тела кровью, ее застой и воспаление. Гален, понимая, что кровь содержится и в артериях, и в венах, принимает тезис Эрасистрата о локальном переполнении, застое и воспалении (несмотря на разницу теоретических взглядов, практические, «местные» последствия они видят одинаково).

Однако, по мнению Эрасистрата, есть еще одна причина, вызывающая воспаление: «Эрасистрат считает, что воспаления могут возникать не только из-за ран, но и по причине избытка пищи» [33, р. 155]. Для иллюстрации этого суждения Гален приводит еще одну цитату из Эрасистрата и добросовестно указывает ее источник – третью книгу трактата «О лихорадках»: «При начале болезней и возникновении воспалений необходимо прекратить давать больному пищу, поскольку воспаление происходит из-за избытка питательных веществ. Если в такой момент больной дополнительно получит пищу и она в результате процесса пищеварения окажет соответствующее воздействие на тело, так что сосуды наполнятся пищей, воспаление станет еще более сильным» [33, р. 155]¹⁷.

Именно при знакомстве с этой частью трактата становится понятна логика Эрасистрата. Даже если причиной кровотечения стало повреждение, пища остается источником образования все новых объемов крови. В этом Эрасистрат не противоречит большинству популярных в то время натурфилософских теорий (еще Платон считал печень гемопозитическим органом, преобразующим поступающие с пищей вещества в кровь). Если это так, то, по мнению Эрасистрата, рацион больного следует ограничить.

Гален справедливо указывает на то, что Эрасистрат и его последователи попадают в ими же созданную логическую ловушку: если пациента с воспалением не надо кормить, то организм его еще больше ослабеет, а риск венотомии – в моментальной реакции ослабленного организма (вплоть до летального исхода). По мнению Эрасистрата, при воспалении не следует делать венотомию, а нужно назначать голодание и повязки: «...Сам Эрасистрат согласен с тем, что следует избавиться от переполнения вен, так как иначе они, будучи заполненными и переполненными, не смогут принять в себя кровь обратно. Вопрос лишь в том, как следует опустошать вены. Мне, со своей стороны, кажется, что, раз

¹⁷ Этот же отрывок из сочинения Эрасистрата Гален приводит и в другом своем трактате – «О вскрытии вен, против последователей Эрасистрата, живущих в Риме» [39, р. 220–221].

уж мы согласились, что надо опустошать вены, самый простой и естественный способ сделать это – вскрытие вен. Ведь этот способ – самый быстрый, а кроме того, при нем удаляется лишь то, что вызывает воспаление, тогда как голодание занимает много времени и приводит к истощению всего организма, чего в данном случае не требуется» [33, р. 156].

Гален видит проблему в патогенетическом ключе: нарушение баланса жидкостей приводит к переполнению. Устранив его, врач избавляет больного от большого числа рисков: «Но оставим женщин и обратимся к мужчинам. Узнай же, что те из них, которые из-за кровотечений регулярно избавляются от лишней крови, не болеют, а те, у кого таких опорожнений не происходит, заболевают тягчайшими недугами. Неужели ты и таким мужчинам не будешь делать кровопусканий, даже если они заболеют воспалением легких? Или ты будешь стоять и наблюдать, как эти люди умирают – только для того, чтобы не отказываться от своих ложных убеждений? Скорее всего, ты так и поступишь! Я же много раз вылечивал с помощью кровопускания не только это заболевание, но и судороги и даже водянку. Этому научил меня мой длительный медицинский опыт, и разум побуждает меня к тому же, так как он повелевает искать причину болезни и источник этой причины» [33, р. 166]. Кровопускания и менструации трактуются Галеном с учетом гиппократовского принципа «лечить противоположное противоположным»: «Кто же не знает, что противоположное лечится противоположным? Ведь это не только мысль Гиппократов – так думают все люди. Но мне кажется, что тебя тщеславное стремление полемизировать с Гиппократом сделало безумнее всех прочих живых существ. Ведь все они, руководствуясь природой, каждый день лечат голод пищей, переполнение – опустошением, переохлаждение – теплом, а жар – охлаждением. Ведь чем иным является пища, как не возмещением какого-либо недостатка в организме? Что есть выделение экскрементов, как не удаление излишка вещества из прямой кишки? Что есть мочеиспускание, как не естественное лечение переполнения мочевого пузыря?» [33, р. 167].

Великий римский врач критикует своих оппонентов не только за отказ от проведения венотомии, но и за неверные подходы к применению очищающих лекарств, мочегонных и т. д. Гален задает вопрос: «Разве сам Эрасистрат не пользовался очищающими средствами и не давал вино, разбавленное холодной водой, больным холерой, а также некоторым другим больным?» [33, р. 171]. И далее замечает: «При этом данное средство, по словам Эрасистрата, следует давать больному не в любой момент, а именно в критическом состоянии. Я не сужу его за это, если он, конечно, в состоянии точно определить надлежащий момент».

Это вновь указывает на значение произведений Галена: свиде-

тельства автора добросовестны, когда речь идет о конкретных примерах из клинической практики. Благодаря тексту «О вскрытии вен, против Эрасистрата» мы знаем, что Эрасистрат определенным образом трактовал состояние пациента в терминальной стадии холеры. Современная наука об инфекционных болезнях указывает на определяющее значение обезвоживания и интоксикации при летальном исходе заболевания. Что же делал Эрасистрат? Пытался восполнить дефицит жидкости и боролся с токсемией! Добавляя в воду вино, он также стремился к общеукрепляющему и обеззараживающему эффекту. С позиций современной медицины, этот подход следует признать вполне логичным, не преувеличивая, впрочем, его результативность. Однако ничего более радикального и разумного медицина не смогла изобрести вплоть до второй трети XX в., т.е. до появления сульфаниламидов и позднее – антибиотиков!

Эрасистрат прекрасно понимает необходимость очищения организма, Гален с ним согласен. Однако Гален, следуя гиппократовскому принципу индивидуального подхода к лечению каждого пациента, очень хорошо чувствует опасность схематизации. Порой, исходя из динамики стремительного ухудшения состояния пациента, надо действовать молниеносно: «Ради Зевса, объясните, почему, если необходимо избавиться от лишней крови, надо прибегать к самому слабому из средств, ведущих к этому, отвергая средства, которые могли бы быстро привести к желаемой им цели» [33, р. 178].

Если это верно относительно первого принципа Эрасистрата – лечения длительным голоданием, то это будет также правильно и по отношению ко второму – применению давящих повязок при воспалительных процессах: «Неужели даже в том случае, когда избыток крови поднимется к груди и возникнет опасность разрыва какого-либо сосуда, он будет не вскрывать вены, а перевязывать конечности шерстяными повязками? Оказывается, что для Эрасистрата достаточно ограничиться только перевязками! О боги! Если уж ты собираешься использовать средства, отводящие лишнюю жидкость, неужели ты не понимаешь, что вскрытие вен достигает этого гораздо лучше, чем сложные перевязки? В самом деле, мне удавалось посредством вскрытия вен избавить многих больных даже от непрерывных кровотечений. Но Эрасистрату, я думаю, такие вещи были неизвестны» [33, р. 178].

И Эрасистрат, и Гален понимают необходимость избавить пациента от «избытка» крови. Здесь уместно вспомнить еще один термин, широко применявшийся врачами XVIII–XIX вв., – «излишек дурной крови». Разница в том, что Эрасистрат рекомендует методы консервативные, а Гален выступает за активную хирургическую тактику по

индивидуальным показаниям: «Но мне кажется, что я зря утруждаю себя, когда можно напомнить тебе твои собственные слова. Не сам ли ты говорил об этом в первой книге сочинения «О здоровье», в том месте, где ты, сначала описав причины избытка крови в сосудах, затем говоришь о лечении этого состояния, заявляя, что цель всех этих способов – опустошение сосудов? Там ты писал, что одним больным помогают одни средства, а другим – другие. Для устранения «переполнения», как ты решил называть избыток веществ в венах, ты рекомендуешь физические упражнения, многочисленные омовения и облегченное питание» [33, р. 179–180].

Третий, после полного голодания и давящих повязок, способ «опустошения вен», по Эрасистрату, – так называемая тонкая диета. Гален выделяет этот способ именно как третий, хотя из его рассуждений становится ясно, что аргументы Эрасистрата в пользу этой диеты те же, что и в отношении воздержания от пищи. Видимо, сам Эрасистрат обозначал его как отдельный вид лечения, разделяя «тонкую диету» и голодание, поэтому Гален также излагает свои аргументы последовательно.

Великий римский врач напоминает: «Отсутствие пищи не принадлежит к разряду вещей сущих, так же как слепота или глухота: все это есть отсутствие чего-либо. Питание принадлежит к разряду вещей сущих, и назначение этой вещи – поступление в организм питательных веществ. Отсутствие же питания и само не является чем-то сущим, и назначение его ты не сможешь определить, как определяешь назначение потения, вскрытия вен и клизмы, то есть опорожнение, или назначение пищи, то есть питание. Так вот, голодание есть середина между тем и другим, то есть между опорожнением и питанием. Само по себе оно не питает и не опорожняет» [33, р. 183]. Гален продолжает: «Воистину, удивительно обилие способов опорожнения, которые можно применить вместо голодания. Использование одного этого метода мало помогает в нашем случае, ведь он не ведет к опорожнению. Если же использовать его в сочетании с другими методами, которые по природе своей приводят к опорожнению, то причиняемый таким лечением вред превысит пользу, приносимую опорожнением» [33, р. 185–186].

В своем сочинении «О вскрытии вен, против Эрасистрата» Гален выступает как апологет патогенетического принципа и индивидуального подхода к лечению пациента. Всякая болезнь, по его мнению, имеет определенный механизм развития, и именно на него следует воздействовать всеми имеющимися в распоряжении врача методами. Один из них – венотомия, применяемая по строгим показаниям и с учетом анатомии пораженной воспалительным процессом части тела.

Ранее я уже обращал внимание на тесную связь между практикой врачей-методистов, современников, конкурентов и оппонентов Галена, с определенными элементами наследия Эрасистрата и даже высказывал предположение, что это может быть связано с определенными симпатиями Эрасистрата к натурфилософии атомизма, неясными историкам XXI в., но хорошо известными Галену и его современникам. Однако отсутствия противоречий в натурфилософских основах медицинского учения недостаточно – из них должно следовать и единство прикладных подходов. «О вскрытии вен, против Эрасистрата» Галена позволяет окончательно прояснить характер этой связи.

По-видимому, правильное ее понимание лежит исключительно в аспектах клинической практики. Суть методистской доктрины четко охарактеризована В. Наттоном – «легко, приятно, безболезненно» [20]. Голодание, тонкая диета и перевязки прекрасно соответствуют этой доктрине. Схематизация, готовые рецепты для всех клинических случаев, не требующие больших познаний в анатомии и основанные на игнорировании этиологического принципа и патогенетического подхода, также характерны для врачей-методистов. Об этом же свидетельствует и другой важный источник – сочинение Галена «О вскрытии вен, против последователей Эрасистрата, живущих в Риме» [39]. В этом трактате дается описание ряда практических дискуссий автора с врачами, последователями Эрасистрата. В его начале Гален описывает случай с одной пациенткой, которой, по его мнению, требовалось срочное вскрытие вен. Оппонирующие ему врачи выбрали иную тактику ведения пациентки и рекомендовали диетические и очищающие организм мероприятия. Гален вступает в дискуссию и пытается убедить коллег в том, что требуется экстренное вмешательство, которое снизило бы у больной уровень кровяного давления, – кровопускание, т.е. вскрытие вен. Реакция его противников была резко отрицательной, а судьба пациентки, как и предсказывал Гален, весьма печальной. Предметом полемики являлось выполнение операции венотомии («вскрытие вен») по жизненным показаниям либо же отказ от него в пользу консервативной тактики ведения пациента. Данный пример – не единственный: Гален описывает целый ряд клинических ситуаций, когда отказ от вскрытия вен приводил к ухудшению состояния больного и даже к его гибели.

О методических принципах произведения венотомии по Галену

Гален четко осознает необходимость производить венотомию по совершенно определенным правилам и показаниям. Судя по всему, в его время многие врачи игнорировали метод рассечения вен. Гален

жестко критикует таких коллег, указывая на их принципиальные ошибки: «Во-первых, надо определить, правы ли те, кто полагает, что все равно, какую вену вскрывать, или для каждого больного органа имеются свои вены, при вскрытии которых из него быстрее всего выводится излишек жидкости. Во-вторых, следует определить, один или несколько раз надо пускать кровь. В-третьих, надлежит найти критерии, следуя которым, можно будет определить, сколько крови следует выпускать. В-четвертых, надо научиться определять время, в которое следует вскрывать вены, если к этому нет противопоказаний. И всему этому надлежит учить с доказательствами» [39, р. 212]. Гален доказывает, что Эрасистрат совершенно сознательно пренебрегал вскрытием вен, даже при наличии жизненных показаний. Более того, он также сознательно игнорировал опыт других врачей, накопленный к его времени и, безусловно, широко известный, несмотря на разницу в суждениях конкретных специалистов: «Некоторые из них говорят, что безразлично, какую вену вскрывать, так как из любой из них кровь выходит полностью в том же количестве. Другие же, наоборот, считают, что здесь кроется существенное различие. Ведь через одни вены кровь из страдающего органа выходит быстрее, а через другие – медленнее. Эрасистрат ни об этом ничего не написал, ни о критерии, по которому надо определять необходимое количество выведения крови, ни слова не сказал. Из этого можно судить, что, поскольку он пренебрег этими мнениями, он не пользовался этим методом» [39, р. 219].

Гален постоянно напоминает об опасности дискредитации метода венотомии из-за действий малоопытных либо недостаточно образованных врачей: «То, что молодые люди, ничего не знающие ни о должной мере во вскрытии вен, ни о том, какие вены нужно вскрывать, прибегают к этому лечебному средству, несет в себе, как я уже говорил, великий вред для больных» [39, р. 222–223].

Судя по всему, многие оппоненты Галена осознавали, что лечебный эффект венотомии, выполненной по показаниям и технически правильно, отрицать невозможно: слишком яркими и наглядными были решения сложных клинических ситуаций. Именно поэтому в трудах некоторых современных Галену последователей Эрасистрата предпринимались определенные спекуляции, призванные смягчить негативное отношение знаменитого александрийского врача к вскрытию вен. Гален свидетельствует о них, осуждая попытки приписывать Эрасистрату взгляды, которых тот не придерживался: «В его сочинении «О лихорадках» написано дословно следующее: «При начале болезней и возникновении воспалений следует прекратить давать больному питье и пищу». А современные врачи действуют так, как будто

Эрасистрат добавил к этому еще девять слогов и написал следующее: «При начале болезней и возникновении воспалений следует прекратить давать больному питье и пищу и делать кровопускание». Они хотели бы, чтобы мнение Эрасистрата было таким. <...> Тем самым, говоря по правде, они исказили учение Эрасистрата. Ведь они вначале вскрывают вены, а после кровопускания дают пациентам пищу. Эрасистрат же запрещал вскрывать вены и советовал не давать пищи» [39, р. 222–224].

Важной ошибкой Эрасистрата Гален считает суждение о том, что повреждению сосуда немедленно сопутствует воспалительный процесс. Действительно, если у пациента наблюдается жар, его общее состояние ухудшается, то порой кровотечение возникает самопроизвольно, вследствие разрыва сосуда. При осмотре очага кровотечения всегда наблюдается воспаление вены: собственно, из-за развития флебита сосуд и разрывается. Из вены, находящейся в нормальном состоянии, кровотечения не возникает. Эрасистрат совершенно справедливо констатирует это явление, однако, по мнению Галена, неверно оценивает причинно-следственные связи, объясняющие его. Великий римский врач рассуждает следующим образом. Воспаление сосуда предшествует его разрыву и развивается вследствие жара, свидетельствующего об ухудшении общего состояния организма. Последнее, в свою очередь, объясняется переполнением, в том числе местной плеторой. По мысли Галена, не следует дожидаться ухудшения общего состояния, когда жар и воспаление могут привести к разрыву сосуда. Следует выполнить венотомию и излечить пациента до наступления критической фазы. Эрасистрат, по мнению Галена, ошибается, утверждая, что вскрытие вены всегда сопровождается воспалением. Соответственно, рекомендацию Эрасистрата очищать организм с помощью голодания, не прибегая для этого к веносечению, нельзя считать обоснованной¹⁸.

В сочинении Галена «О вскрытии вен, против последователей Эраститата, живущих в Риме», помимо важных сведений об учении знаменитого александрийца, представлены некоторые суждения знаменитого предшественника Эрасистрата – Хрисиппа Книдского.

Гален утверждает, что именно Хрисипп сформулировал принципы клинической тактики ведения пациента, связанные с принципиальным отказом от венотомии. Эрасистрат указывает на это в своем труде «О кровотечении». В этом сочинении, по словам Галена, «он хвалит Хрисиппа за то, что он советует пользоваться повязками, которые перекрывают кровоток, вместо кровопускания, пишет дословно следующее: «...Хрисипп же не только наблюдает за протеканием болезни, но и заботится о том, чтобы не возникли кровотечения»

¹⁸ См.: [39, р. 225–230].

и воспаление, при которых трудно принимать пищу; кроме того, по его мнению, у голодавшего, которому еще и вскрыли вены, может случиться обморок». Здесь он не приводит причину того, что во время воспалительного процесса необходимо голодание. Об этом он говорит в другом месте следующее: «Получившим травму не стоит давать никакой пищи, если присутствует воспаление, так как вены, лишённые пищи, с большей лёгкостью направят избыток крови в артерии, после чего воспаление уменьшится» [39, р. 225]. Хрисипп считал необходимым сосредоточиться на том, чтобы всеми средствами избежать кровотечения или развития воспаления. Пациент, чье состояние ухудшается, по его мнению, подвергается серьезной опасности вследствие переполнения. Переполнение следует лечить, а значит необходимо воздержаться от поступления в организм новых элементов, засоряющих его. Следовательно, пациенту показано голодание: «Хрисипп, по словам Эрасистрата, был прав, не вскрывая вены при кровотечении, так как позже к таким больным применялось другое опустошающее средство, а именно голодание. ...Иными словами, не надо применять опустошающие средства при кровотечении, так как опустошающее средство будет применено позднее, когда разовьется лихорадка» [39, р. 226].

Подобная логика вызывает крайнее раздражение Галена – в этой и других своих работах («О естественных функциях» и «О вскрытии вен, против Эрасистрата») он также резко критикует Эрасистрата, Хрисиппа и своих современников, разделяющих эту точку зрения. Гален рассуждает иначе: каждая болезнь имеет свою причину, в данном случае вследствие нарушения баланса сущностей и жидкостей развиваются переполнение и плевора. Дальнейшее развитие болезни чревато воспалением, жаром и резким ухудшением состояния пациента. Следовательно, надо этого не допустить и, произведя вскрытие вен, избавить организм от избытка крови, давления и переполнения. Иными словами, надо воздействовать на причину болезни, а не на ее последствия или один из симптомов. Это и есть патогенетический подход, зарождением которого история медицины обязана Гиппократу.

На мой взгляд, речь идет не о разнице в практике врачевания, а о принципиальном различии подходов к пониманию здоровья и болезни. Такое различие должно быть основано на определенной картине мира ученого. Картина мира Галена определяется учением Гиппократа, Платона и Аристотеля¹⁹. Эрасистрат и его последователи, врач-методисты, определенно руководствовались атомистической теорией.

¹⁹ Конечно, оценка Галена как последователя Стагирита дается мной с определенной долей условности. Достаточно вспомнить, что в первых книгах трактата «Об учениях Гиппократа и Платона» Гален резко критикует определенные взгляды Аристотеля. См.: [31].

В данный момент я не имею исчерпывающих оснований считать Хрисиппа Книдского сторонником натурфилософии атомизма. Однако сочинение Галена «О вскрытии вен, против последователей Эрасистрата, живущих в Риме» позволяет считать труды Хрисиппа источником ряда важных идей, позднее ставших основой клинической практики врачей-методистов²⁰. Цитируя Хрисиппа по тексту Эрасистрата, Гален утверждает, что не только воздержание от веномотомии и голодание, но и широкое применение давящих повязок, отставиваемое Эрасистратом в качестве альтернативы вскрытию вен, также было предложено Хрисиппом [39, р. 234–236].

И Хрисипп, и Эрасистрат придают большое значение сочетанию методики наложения давящих повязок с воздержанием пациента от приема пищи. Гален приводит интересную цитату из третьей книги трактата Эрасистрата «О лихорадках»: «При начале любых болезней и появлениях воспалений следует полностью прекратить давать питье и пищу, потому что те из воспалений, которые приводят к лихорадке, чаще всего случаются из-за избытка крови. Если же в это время дать пищу, то начнутся процессы пищеварения и переваривания, сосуды будут наполняться питательной силой, от чего воспаление станет еще более сильным» [39, р. 220–221]. В этом высказывании Эрасистрата – суть его взгляда на данную проблему. С моей точки зрения, это логика приверженца атомистического учения. Врач-гиппократик понимает, что разные пищевые продукты состоят из различных комбинаций первоэлементов. Соответственно, их употребление по-разному влияет на баланс сущностей и жидкостей. Стороннику натурфилософии атомизма важно, сколько пищи поступает в организм человека. Количество потребляемых атомов увеличивается, значит, следует ожидать переполнения организма, в том числе и венозной кровью – вот суть рассуждений Эрасистрата. Его лечебная доктрина по сути направлена на избавление пациента от переполнения путем уменьшения количества атомов, поступающих в организм или в нем содержащихся. Отсюда – диетарные предписания и стремление, по возможности, использовать баню, водные процедуры и физические нагрузки [39, р. 238–243].

Лечение кровопусканием как важнейший пример применения несовместимости взглядов последователей Эрасистрата и сторонников гиппократовой традиции

Завершая анализ сохранившихся свидетельств, позволяющих составить представление о взглядах Эрасистрата, хотел бы обратить внимание на их развитие позднейшими поколениями врачей. На мой взгляд, глубина расхождений между школами Герофила и Эрасистрата

²⁰ См., например, [39, р. 231–234].

в III веке до Р.Х. становится еще яснее с учетом сопоставления итогов развития этих школ ко II веку. Дополнительные возможности для их анализа представились с появлением перевода на русский язык еще одного источника – сочинения Галена «О лечении кровопусканием» [40]. Он позволяет мне четче продемонстрировать радикальные расхождения между Галеном как последователем Герофила и его оппонентами – врачами, последователями Эрасистрата.

В начале текста трактата «О лечении кровопусканием» Гален постулирует основные задачи, стоящие перед врачом, применяющим этот метод. Первая – «определить состояния тела, при которых необходимо опустошение» [40, р. 250]. Речь идет не только о том, что мы в наши дни называем «клиническим диагнозом». Гален имеет в виду не только необходимость определить болезнь, от которой страдает пациент, но и оценить тяжесть общего его состояния. Отсюда – вторая задача: попытаться решить вопрос «опустошения организма» менее инвазивными средствами. Переходить к применению кровопускания следует только тогда, когда врач убеждается в том, что другие методы не будут эффективны. После этого следует тщательно разработать тактику использования венотомии «без вреда для здоровья» [40, р. 250] – это третья задача, которую необходимо решать врачу.

Гален упоминает о других своих сочинениях, написанных им ранее и посвященных этому же вопросу: «Об этом мне пришлось отдельно писать в другом сочинении, доказывая молодым людям, что Эрасистрат не пользовался вскрытием вен: ведь это лучше, чем считать, что следует прибегать к вскрытию вен во всех случаях, для которых он рекомендовал голодание» [40, р. 254].

Великий римский врач указывает на необходимость использовать любые фармацевтические средства или терапевтическое вмешательство, исходя из индивидуальных показаний: «Ведь наибольшая польза для больного от того или иного лечебного средства происходит в том случае, если использование этого средства бывает уместным» [40, р. 254].

Не случайно, следующий фрагмент Гален начинает с констатации основного, по его мнению, принципа медицины: «Задача врачебного искусства – восстанавливать естественную функцию любой из частей тела, если она повреждена, и стремиться сохранить ее, если она в порядке. А так как сохранная функция является следствием естественного состояния, то врачебное искусство должно сохранять его, когда оно присутствует, и восстанавливать, когда оно нарушено» [40, р. 259]. Для верного понимания дальнейшего текста важно помнить о таких сочинениях Галена, как «О естественных функциях»,

«О разновидностях болезней», «О причинах болезней», «О разновидностях симптомов». В третьей главе трактата «О лечении кровопусканием» Гален дает сжатое, и вместе с тем очень информативное описание патофизиологических причин «переполнения» организма жидкостью. Он напоминает о разнице между устройством и функцией гомеомерных и сложных частей тела (органов). Состояние переполнения вызывает сначала функциональные, а через какое-то время – органические нарушения. Органные симптомы развиваются по мере усугубления этих нарушений: «Например, иногда тяжесть и напряжение ощущается лишь в голове, а иногда происходит спазм височных мышц, либо без дополнительных симптомов, либо сопровождающийся жаром. Также мы часто чувствуем тяжесть в области печени, селезенки, желудка, боков и диафрагмы» [40, р. 261]. Иногда эти боли «вызываются дурным смещением жидкостей. Из этих болей одни сопровождаются притоком жидкости, а другие – нет» [40, р. 261]. Безусловно, во всех этих случаях необходимо устранять состояние переполнения, «однако вскрытия вен в этих случаях не требуется: достаточно бывает очищений, растираний, омовений или применений потогонных средств. А в каких состояниях рекомендуется вскрытие вен, мы скажем далее» [40, р. 261–262].

Врач может столкнуться с состоянием жара или озноба у пациента. Происхождение «нестественного жара или холода» может, по мнению Галена, быть двояким: «либо от холодных или теплых соков, либо лишь из-за неправильного смещения соков» [40, р. 263]. При этом причины развития подобного состояния могут локализоваться не только в той части тела, которая страдает от болезни – например, болезни сосудов могут стать следствием дурного пищеварения в желудке. Плохо переработанная пища подвергается гниению, может содержать слишком много флегмы или желчи и, всасываясь в кровь, сообщает ей патологические свойства: «гниющая кровь становится еще более горячей», чем ей присуще по природе. Соответственно, «поскольку от осязаемого чувствами тепла близлежащее нагревается, вместе со страдающими таким образом частями будет нагреваться все, что вокруг них – нагреваться острым и едким теплом, поскольку именно такое тепло происходит от гниения, и, если таким образом нагреется важная часть тела, которая способна передать свое тепло сердцу – или благодаря своей близости к сердцу, или из-за своего значения, или из-за сильного жара – то это болезненное тепло достигнет и сердца, которое и так по природе своей является весьма горячим» [40, р. 264]. Именно состояние «воспаменения» тела от влияния патологически разогретой крови и называется в традиции эллинской медицины «лихорадкой».

В чем же Гален видит причины развития местных симптомов, которые в силу своей тяжести сразу обращают на себя внимание врача. Великий врач очень четко отвечает на этот вопрос: «Иногда же избыток крови, еще не начав гнить, притекает к той или иной части тела и либо полностью убивает ее, лишая возможности нормально функционировать, либо наносит ей существенный вред. Ведь именно таким образом, а именно вследствие притока большого количества крови к управляющему началу живого существа, развиваются апоплексии» [40, р. 265]. Гален считает прилив патологически измененной крови возможной причиной и других, не менее тяжелых заболеваний, например, развития опухолей. Дело только в том, какая именно кровь воздействует на конкретный орган: «Если кровь бывает более плотной или содержит большее количество черной желчи, опухоль получается жесткой, если кровь содержит много флегмы, опухоль получается мягкой, а если она содержит много желчи, образуется рожистое воспаление» [40, р. 265].

Таким образом, Гален обосновывает показания для выполнения кровопускания: воздействие увеличенного объема (патологическое количество) измененной крови воздействует на ту или иную часть тела, вызывая тяжелую болезнь. Необходимым условием излечения болезни является снятие этого патогенного воздействия, а, значит, проведение операции венотомии имеет патогенетический смысл.

Гален выступает последовательным апологетом индивидуального подхода к лечению пациента. Констатируя необходимость добиваться опустошения организма больного, он тут же перечисляет факторы, которые следует учитывать при определении клинической тактики: физическое и психологическое состояние пациента, режим питья и питания, физическую активность и т. д. [40, р. 267]. Особое внимание врачу, по мнению Галена, следует уделять внешним факторам – времени года, особенностям окружающей среды – географическому положению, климату, и другим подобным обстоятельствам, способным повлиять на баланс тетрад жидкостей, сущностей и первоэлементов.

Логика Галена ясна: венотомия – мощное терапевтическое вмешательство, оно может принести пользу, а может причинить вред. Есть целый ряд состояний, когда венотомия просто опасна. Великий врач приводит пример пациента, «имеющего прохладную природу», у которого после вскрытия вен, при наличии внешних, усугубляющих его состояние воздействий (в виде холодной зимней погоды), может произойти «страшное охлаждение тела». Такому пациенту показаны притирания и мази, питье, уменьшающие плотность тела, – все, кроме кровопускания [40, р. 270].

Еще Гиппократ ввел во врачебную практику такой критерий, как зависимость обострения тех или иных болезней от времени года. Для Галена эти теоретические представления имели фундаментальное значение – тем более что объяснения влияния условий окружающей среды на развитие состояния переполнения выглядели вполне логично. Например, Гален напоминает о том, что пациенты, страдающие приступами эпилепсии или апоплексии, лучше всего чувствуют себя весной²¹. То же самое касается и больных, страдающих кровохарканьем, плевритами, пневмонией или заболеваниями легких, сопровождающимися периодически наступающими приступами удушья. Соответственно, операцию венотомии с целью разрешения патологического переполнения организма таким пациентам лучше всего выполнить в начале весны. Идея Галена состоит в том, чтобы выбирать то время года, когда пациент, в целом, компенсирован лучше всего, давая ему достаточное время на реабилитацию после вмешательства. Если больной, как правило, переходит в наихудшее состояние летом, то начало весны является оптимальным моментом для выполнения операции. Гален смотрит на человеческий организм как на целое, функциональную и органическую совокупность частей тела, влияющих друг на друга. «Дурная кровь или какая-либо иная жидкость» не останутся в пораженном органе, они «с необходимостью перетекают в одну из прилегающих частей тела». Иными словами, процесс интоксикации организма всегда принимает генерализованный характер. Также следует вспомнить рассуждения Галена о том, что одни части тела могут быть «сильнее» других. На языке современной медицины это описывается как предрасположенность пациента к той или иной органной патологии. Гален поясняет: «Поэтому наиболее слабые части легче всего поражаются заболеваниями, вызванными избытком вещества» [40, р. 274].

Гален напоминает о том, что существуют четыре природные функции: привлекающая, удерживающая, выделительная и изменяющая. Соответственно, выраженность либо слабость этих функций в системе Галена означает предрасположенность к тем или иным состояниям. В контексте обсуждения клинических аспектов применения кровопускания, в первую очередь, имеет значение предрасположенность к развитию переполнения, т.е. патологической абсорбции жидкости. По мнению Галена, это определяется изменяющей функцией. Здесь наиболее уязвимыми он считает железы, затем следуют селезенка и мозг: «Мозг же принимает избыток жидкости так же, как эти органы, или даже с большей готовностью. Но он устроен лучше них в том отношении, что с легкостью выделяет то, что принял. Ведь у него есть большие желудочки, жидкость из которых выводится ведущими

²¹ См.: [40, р. 271–272].

вниз каналами. У тех людей, у которых по природе их легкие, селезенка и мозг сильнее мясистых частей тела, поток лишней жидкости направится в железы и плоть, что приведет к общему ослаблению тела, которое бывает при ревматических состояниях» [40, р. 275–276].

При развитии состояния переполнения для врача огромное значение приобретает искусством прогностики. Гален указывает на возможность оценки динамики состояния пациента с тем, чтобы быть заранее готовым в нужный момент вывести лишнюю жидкость – «посредством ли вскрытия вен или при помощи очистительных средств» [40, р. 276].

Гален возражает тем врачам, которые (подобно упомянутому в тексте Менодоту) считали, что состояние переполнения само по себе является показанием для выполнения кровопускания. Возможность развития отрицательной динамики состояния пациента с переполнением и вероятность достижения им вследствие ухудшения этого состояния некоего пика (или разгара) болезни – вот что должно заставить врача задуматься о возможной перспективе проведения венотомии. Логика Галена становится совершенно ясной и представляется близкой рассуждениям современного специалиста, если представить себе конкретную клиническую ситуацию в виде развития у пациента геморрагического инсульта (на языке античной медицины – апоплексии). Опытный врач, видя ухудшающееся состояние пациента и владея искусством прогностики, понимает, что пик болезни – момент, когда разовьются симптомы необратимого поражения головного мозга, приближается. Тогда он может прибегнуть к венотомии, вызвав немедленное снижение давления избыточного объема крови на головной мозг. Это даст больному шанс избежать самого страшного исхода, не допустив развитие приступа заболевания до его пика, когда неврологические последствия станут необратимыми.

Гален напоминает об искусстве прогностики и необходимости индивидуального подхода в каждом клиническом случае: «Если будет казаться, что болезнь собирается быть тяжелой, то в любом случае следует делать кровопускание, даже при отсутствии признаков переполнения; однако при этом следует учитывать возраст больного, характер местности и степень ослабленности организма больного».

Именно поэтому Гален делает важную оговорку, говоря о пациентах детского и пожилого возраста. У стариков, по мнению Галена, сил, как правило, недостаточно – по этому критерию кровопускание пациентам старческого возраста бывает показано крайне редко. Скептицизм Галена в отношении проведения этого тяжелого вмешательства

пожилым пациентам очевиден и особенно понятен с учетом ранее перечисленных заболеваний, при которых венотомия особенно эффективна.

Интересно замечание Галена относительно кровопускания детям. В отличие от многих своих оппонентов, он находит его вполне возможным именно потому, что осознает – растущий организм обладает зачастую гораздо большими возможностями борьбы с болезнью, чем организм взрослых: «Те же из врачей, которые полагают, что сил недостаточно и у детей, неправы, как показано мной в других сочинениях». Более того, в рамках стандартной прогностики для детей следует делать исключение [40, р. 279]. Подобная оговорка в тексте сочинения – далеко не единственная, поэтому я считаю необходимым обратить особое внимание на это обстоятельство.

Напротив, пациент, находящийся во цвете лет, может быть весьма ослаблен вследствие как неумеренного образа жизни, так и развития тяжелого клинического состояния. Тогда, даже при очевидном для врача переполнении и даже критическом скоплении непереваренных соков, выполнение кровопускания может быть противопоказано: «Признаком того, что они [такие пациенты. – Д.Б.] могут не перенести кровопускания, является потеря их телами естественного цвета, который указывает на полнокровие, при этом пульс их отклоняется от нормы по силе и частоте, причем преобладают слабые, едва различимые удары пульса» [40, р. 279].

Гален указывает на необходимость четкого определения дозы лекарства или лечебного питья, применяемого врачом. Это сложный вопрос, и даже опытный врач, хорошо понимающий, какой препарат и когда следует применить, может не рассчитать правильно количество лечебного средства.

Иное дело – венотомия, при которой объем выпускаемой крови всегда контролируется врачом. Гален советует заранее ориентироваться на постепенное ее удаление и постоянно наблюдать за состоянием пациента, чтобы выбрать оптимальный объем вмешательства: «Поэтому лучше всего, если нет никакой срочности, сделать первое удаление крови не очень большим, а затем изъять еще кровь дополнительно; при желании, можно сделать и три подхода. При состояниях, которые требуют большого изъятия крови, но сопряжены с упадком сил больного, нужно распределять объем выпускаемой крови; ты мог наблюдать, как я это делал с больными, страдающими скоплением непереваренных соков. Удалив же немного крови, я немедленно даю больному хорошо вываренный медовый напиток вместе с каким-нибудь разжижающим средством, или иссопом, или душицей, или даже мятой, или блохов-

ником; можно также дать смесь меда и воды, смесь уксуса и меда или сладкий уксус. Затем я делаю еще одно кровопускание – иногда в тот же день, иногда на следующий. Затем снова даю что-нибудь из перечисленных средств – и снова делаю кровопускание, и на третий день повторяю все это дважды. Когда же имеется избыток кипящей крови, сопряженный с острой лихорадкой, надо удалить большое количество крови. Следует пытаться удалять кровь до потери сознания, учитывая, однако, силы больного. Я знаю случаи, когда больным в таком состоянии удаляли шесть котиллов крови на второй, третий или четвертый день болезни. Иногда же это делалось и в первый день, если лихорадка начиналась в начале или в середине ночи, после того, как съеденное накануне было хорошо переварено» [40, р. 286–287].

Индикативом того, что критический объем крови уже выпущен, Гален считает потерю сознания пациентом. Он приводит конкретные наблюдения, когда больной терял сознание, впадал в состояние озноба (в противоположность предшествующей лихорадке) и, отдохнув, выздоравливал. При выполнении кровопускания нужно постоянно контролировать пульс пациента – иначе можно пропустить момент, когда кровопускание становится опасным. Гален приводит пример трех врачей, которые выполняли венотомию двум мужчинам и женщине, страдавшим лихорадкой. Отсутствие контроля пульса привело к тому, что за потерей сознания последовала смерть пациентов [40, р. 288]. По сути, врачи, не владевшие правильно методом кровопускания, обрекли на гибель своих пациентов!

Гален подводит промежуточный итог, еще раз подчеркивая два фактора, которые должен учитывать врач – тяжесть болезни и запас сил пациента: «Тяжесть болезни, наряду с силами организма, является первым таким критерием, причем тяжесть указывает на то, что нужно делать, а силы – на то, что нет ничего, что препятствовало бы применению этого средства, того, что некоторые из современных врачей называют противопоказаниями» [40, р. 289].

Механизмом контроля при выполнении операции является наблюдение за пульсом. Во-первых, «сильный и ровный» пульс пациента – хороший прогностический признак при принятии решения о кровопускании. Во-вторых, пульс необходимо контролировать во время вмешательства – как индикатор состояния больного: «...Как только ты заметил, что сила пульса изменилась или он стал неровным, надлежит немедленно прекратить процедуру. Стоит ли говорить о том, как поступать, если пульс стал неразличимым? Ты уже должен понимать, что в этом качестве пульса содержится вернейшее средство различить наличие или отсутствие сил в организме» [40, р. 292].

Количество удаляемой крови Гален советует соизмерять с двумя критериями – природой больного и климатическими условиями, окружающими его в момент вмешательства. Кроме того, если климат жаркий, а смешение жидкостей, определяющее конституцию пациента, – «горячее и влажное», пациенту необходимо дополнительное питание. Кровопускание в таких случаях может быть весьма обильным. Напротив, у «людей бледных с рыхлой плотью» в холодное время года оно должно быть очень умеренным. Гален подчеркивает необходимость индивидуального подхода и в оценке адекватного объема кровопускания: «Я не могу дать однозначных письменных рекомендаций относительно предельного количества изливаемой крови в каждом случае. Я знаю случаи, когда у больных изливалось 6 литров крови и лихорадка у них немедленно прекращалась без всякого вреда для их сил, но помню также и случаи, когда полутора литров было достаточно, чтобы больной испытал небольшой упадок сил, а удаление двух литров привело бы к тяжкому вреду. По той же причине я помню случаи, когда изъятие одного литра, или даже меньшего объема, приносило пользу, из локтевой, бедренной или коленной вены, а иногда и из вены у большого кантуса глаза и под языком. Из этих вен не бывает сильного течения крови, так же как и из вен на ногах и кончиках пальцев рук, и при этом некоторые считают, что можно вылечить селезенку, вскрыв вену у второго из маленьких пальцев...» [40, р. 294–295].

Порой от врача требуется творческий подход к соотношению топографии заболевшей части тела и вены, которую можно вскрыть. Гален напоминает о том, что порой вену трудно локализовать, бывают чисто технические сложности – у разных пациентов существуют разнообразные трудности анатомического плана, не у всех вены крупные и легкодоступные. Тогда надлежит вскрывать ту вену, которая, при технической доступности, наиболее «прямым» образом связана с оптимальным, но технически нереализуемым доступом.

Гален дает общий ориентир, чтобы выбрать наиболее удачное место для производства кровопускания – крупная вена должна быть расположена ниже заболевшей части тела. Когда речь идет о заболеваниях глаз, горла, апоплексическом приступе и т.д., он рекомендует вскрывать локтевую вену или ее притоки, в зависимости от размера и возможностей доступа. Кровопускание, необходимость которого определяется патологией органов, расположенных в тазовой области, следует выполнять, рассекая сосуды на бедрах и лодыжках. Особый вопрос – заболевания почек, которые Гален подразделяет на «собственно нефрит» и другие, связанные с переполнением или ранее перенесенным воспалением. В первом случае великий римский

врач считает возможным делать кровопускание в области локтя, во втором – из сосудов нижних конечностей. При заболеваниях матки, по его мнению, эффективны кровопускания из берцовых вен, особенно выполняемые постепенно, порционно в течение трех-четырех дней. Желательно сочетать их с диетой для похудения и приемом специальных лекарств, рецепт которых Гален здесь же и описывает [40, р. 302–304].

Гален не устает напоминать, что кровопускание – это экстренное хирургическое вмешательство, весьма эффективное при выполнении его по жизненным показаниям. Возникновение этих показаний определяется ходом болезни и способностью пациента перенести вмешательство. Никакие искусственные сроки, соотносящие время выполнения операции с хронологией болезни, устанавливать не стоит: кровопускание, выполняемое не по экстренным или срочным показаниям, может оказаться, в лучшем случае, бесполезным, а в худшем – опасным для жизни пациента. В зависимости от течения болезни операция может понадобиться сразу или позднее, и выполнять ее надо только исходя из реальной клинической картины, «даже если это произойдет на двадцатый день болезни».

Гален постоянно следует мысли, которую он четко высказал и обосновал в трактате «Искусство медицины»: врач лишь помогает природе, поэтому следует учитывать ресурс сил пациента и те условия (в первую очередь, климатические), в которых он проживает. Отсюда – советы применять кровопускание, сообразуясь с факторами, способствующими экономии сил больного и его возможностям выздоровления: выполнять операцию утром, дав пациенту возможность выспаться, дозировать объем выпускаемой крови, не забывать назначить дополнительное питание, восстановительные прогулки и т. д. [40, р. 311–312].

Весьма важным является еще один вопрос: можно ли выполнить кровопускание путем вскрытия артерии, а не вены? Гален считает подобную постановку вопроса логичной: «Ведь когда горячая и наполненная пневмой кровь скапливается в артериях и отягощает их, следует вскрыть артерию, которая является общей со страдающей частью» [40, р. 313]. Вместе с тем, он предостерегает от очевидной опасности: кровотечение из артерии остановить гораздо труднее. Вероятность гибели больного от неконтролируемого кровотечения гораздо выше при вскрытии артерии, чем при венотомии. Гален также упоминает об известных ему случаях развития гангрены конечности при попытках остановить артериальное кровотечение с помощью наложения лигатуры.

Таким образом, проведенное нами исследование сохранившихся источников позволяет отметить следующие моменты.

1. Сохранившиеся в доступных современному ученому источниках сведения свидетельствуют о существенных различиях во взглядах Герофила и Эрасистрата на теорию и практику медицины.
2. Герофил – последователь Платона, Аристотеля и Гиппократов. Его картина мира основана на совокупности натурфилософских идей, исходя из которых анатомические вскрытия являются источником достоверной информации об устройстве человеческого тела.
3. Герофила, безусловно, справедливо можно называть «основателем анатомической науки». Вскрытиями он занимался системно и целенаправленно, исходя из возможности экстраполировать полученные в ходе вскрытий и опытов данные на клиническую практику.
4. Сочинения Галена свидетельствуют о том, что Эрасистрат занимался экспериментальными анатомо-физиологическими исследованиями, однако обращает на себя внимание тот факт, что его утверждения довольно часто носили спорный характер: к реальной экспериментальной проверке своих гипотез он либо приступал позднее, либо вовсе не приступал.
5. Считаю доказанным, что взгляды Эрасистрата были основаны на натурфилософии атомизма. С точки зрения представителя этого направления анатомические вскрытия не имели принципиального значения для клинической практики.
6. С высокой степенью вероятности можно считать, что Стратон из Лампсака какое-то время учился у Эрасистрата. Это объясняет «элементы корпускулярной теории» во взглядах Стратона.
7. Дальнейшее развитие идей Эрасистрата доказывает, что знаменитого александрийского врача невозможно относить к апологетам экспериментального подхода к изучению анатомии и физиологии человека. Полагаю, что его влияние на зарождение школы врачей-эмпириков было решающим. Формирование антигиппократовской линии в античной медицине III в. до Р.Х. происходило в значительной степени под влиянием его идей.

8. Важным элементом терапевтического арсенала врача-гипократика, картина мира которого формируется в рамках платоновско-аристотелевской натурфилософии, является кровопускание. Эта операция осмысливается врачами-гипократами как патогенетически обоснованная. Врачи-методисты, современные Галену, кровопускание категорически отвергали: считаю возможным утверждать, что в этом отрицании проявляется преемственность традиции Эрасистрата. Кроме того, в рамках атомистической картины мира, кровопускание не имеет разумного обоснования. В отношении к кровопусканию раскрывается системный характер противоречий между клинической практикой врачей-рационалистов и последователей Эрасистрата.

ЛИТЕРАТУРА

1. Potter P. *Herophilus of Chalcedon: an assessment of his place in the history of anatomy* // *Bulletin of the History of Medicine*. 1976. Vol. 50. P. 45–60.
2. Solmsen F. *Greek philosophy and the discovery of the nerves* // *Museum Helveticum*. Stuttgart. 1961. Vol. 18. P. 150–167.
3. von Staden H. *Body, soul, and nerves: Epicurus, Herophilus, Erasistratus, the Stoics, and Galen* // *Psyche and Soma* / Eds J. Wright, P. Potter. Oxford: Clarendon Press, 2000. P. 79–116.
4. Nutton V. *Medicine in the Greek world, 800–50 BC* // Conrad L.I. (Hrsg.). *The Western Medical Tradition. 800 BC to AD 1800*. Cambridge, 1995. P. 11–38.
5. Nutton V. *Roman medicine, 250 BC to AD 200* // Conrad L.I. (Hrsg.). *The Western Medical Tradition. 800 BC to AD 1800*. Cambridge, 1995. P. 39–70.
6. *Galen on Anatomical Procedures: The later Books* / Eds W.L.H. Duckworth, trans. (from the Arabic), M.C. Lyons, B. Towers. Cambridge: Cambridge University Press, 1962.
7. von Staden H. *Herophilus: The Art of Medicine in Early Alexandria*. Cambridge: Cambridge University Press, 1989. 666 p.
8. Гален. *О назначении частей человеческого тела* / Под ред. В.Н. Терновского. М., 1971. 554 с.
9. Гален. *О медицинском опыте* // Гален. *Сочинения*. Т. II. М., 2015. С. 548–549.

10. *During I. Aristotle's method in biology*. In: *Aristotle et les problèmes de méthode: Symposium Aristotelicum* / Ed. S. Mansion. Louvain-Paris, 1960. P. 213–221.
11. Longrigg J.N. *Medicine in the classical world // Western Medicine: An Illustrated History* / Ed. I. Loudon. New York: Oxford University Press, 1997. P. 25–39.
12. Lloyd G.E.R. *Theories and practices of demonstration in Galen // Rationality in Greek Thought* / Eds M. Frede, G. Striker. Oxford: Clarendon Press, 1996. P. 255–277.
13. Гален. *О разновидности болезней* // Гален. *Сочинения*. Т. II. М., 2015. С. 604–617.
14. Балалыкин Д.А., Щеглов А.П., Шок Н.П. *Натурфилософская традиция античного естествознания и Александрийская школа в III веке. Часть I* // *Философия науки*. 2013. № 2 (57). С. 157–175.
15. Балалыкин Д.А., Щеглов А.П., Шок Н.П. *Натурфилософская традиция античного естествознания и Александрийская школа в III веке. Часть II* // *Философия науки*. 2013. № 3 (58). С. 129–150.
16. Балалыкин Д.А., Щеглов А.П., Шок Н.П. *Натурфилософская традиция античного естествознания и Александрийская школа в III веке. Часть III* // *Философия науки*. 2013. № 4 (59). С. 136–152.
17. Scarborough J. *Erasistratus, student of Theophrastus?* // *Bulletin of the History of Medicine*. 1985. Vol. 59. P. 515–517.
18. von Staden H. *Teleology and mechanism: Aristotelian biology and early Hellenistic medicine* // *Aristotelische Biologie: Intentionen, Methoden, Ergebnisse* / Eds W. Kullmann, S. Föllinger. Stuttgart, 1997. S. 183–208.
19. Мейер-Штейнег Т., Зудгоф К. *История медицины* / Пер. со 2-го изд. под ред. В.А. Любарского, Б.Е. Гершуни. М.: Госиздат, 1925.
20. Nutton V. *Ancient Medicine*. London; N.Y.: Routledge, 2013. 486 p.
21. Лисицын Ю.П. *История медицины*. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
22. Петров Б.Д. *Очерки истории отечественной медицины*. М., 1962.
23. Longrigg J. *Greek Rational Medicine: Philosophy and Medicine from Alcmaeon to the Alexandrians*. London: Routledge, 1993.
24. Marx K.F.H. *Herophilus, ein Beitrag zur Geschichte der Medizin*. Kerlsruhe and Baden, 1838.
25. Fuchs R. *Erasistratea*. Diss. Leipzig, 1892.

26. Dobson J.F. *Erasistratus // Proceedings of the Royal Society of Medicine*. 1927. Vol. 20, N 6. P. 825–832.
27. Dobson J.F. *Herophilus of Alexandria // Proceedings of the Royal Society of Medicine*. 1925. Vol. 18 (Sect Hist Med). P. 19–32.
28. Garofalo I. *Erasistrati Fragmenta. (Biblioteca di Studi Antichi)*. Pisa: Giardini, 1988.
29. Гален. Сочинения. Т. I / Общ. ред., сост., вступ. ст. и комм. Д.А. Балалыкина. М.: Весть, 2014. 656 с.
30. Гален. Сочинения. Т. II / Общ. ред., сост., вступ. ст. и комм. Д.А. Балалыкина. М.: Практическая медицина, 2015. 800 с.
31. Гален. Сочинения. Т. III / Общ. ред., сост., вступ. ст. Д.А. Балалыкина. М.: Практическая медицина, 2016. 560 с.
32. Гален. Сочинения. Т. IV / Общ. ред., сост., вступ. ст. Д.А. Балалыкина. М.: Практическая медицина, 2017. 494 с.
33. Galen. *De Venae Sectione Adversus Erasistratum // Claudii Galeni Opera Omnia / Ed. C.G. Kuhn. Vol. 11. Leipzig: Knobloch, 1826 (repr. Hildesheim: Olms, 1965)*. P. 147–186.
34. Lonie I.M. *The paradoxical text «On the Heart» // Medical History*. 1973. Vol. 17. P. 1–15, 136–153.
35. Diels H. *Ueber das physikalische System des Straton // Sitzungsberichte der Preussischen Akademie der Wissenschaften zu Berlin, 1893; 1: 101–127*.
36. Диоген Лаэртский. *О жизни, учениях и изречениях знаменитых философов*. М.: Мысль, 1979. С. 222.
37. Jones W.H.S. *The medical writings of Anonymus Londinensis*. Cambridge, 1947.
38. Гален. Фрагменты комментария к «Тимею» Платона // Гален. Сочинения. Т. II / Общ. ред., сост., вступ. ст. и комм. Д.А. Балалыкина. М.: Практическая медицина, 2015. С. 778.
39. Galen. *De venae sectione adversus Erasistrateos Romae degentes // Claudii Galeni Opera Omnia / Ed. C. G. Kuhn. Vol. 11. Leipzig: Knobloch, 1826 (repr.: Hildesheim: Olms, 1965)*. P. 187–249. (Cod: 9,371: Med.).
40. Galen. *De curandi ratione per venae sectionem // Claudii Galeni Opera Omnia / Ed. C.G. Kuhn. Vol. 11. Leipzig: Knobloch, 1826*. P. 250–316. (Cod: 10,398: Med.).

СРЕДНЕВЕКОВОЕ РУКОВОДСТВО ПО ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ

Холмогорова Г.Т.

Национальный медицинский исследовательский центр
профилактической медицины Министерства здравоохранения
Российской Федерации

MEDIEVAL GUIDE TO A HEALTHY LIFESTYLE

Kholmogorova G.T.

Federal State Institution «National Medical Research Centre for Preventive
Medicine of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

Аннотация: В статье приводится краткая биографическая справка о жизни и разнообразной научной деятельности Арнальдо из Виллановы. Рассматриваются рекомендации Салернского кодекса здоровья с позиций современной профилактики и укрепления здоровья.

Abstract: The article provides a brief biography about the life and scientific activities of Arnaldo from Villanova. Discusses recommendations Salerno code of health from the standpoint of modern disease prevention and health promotion.

Ключевые слова: Арнальдо из Виллановы, Салернский кодекс здоровья, здоровый образ жизни.

Key-words: Arnaldo of Villanova, Salerno code of health, healthy lifestyle.

Речь идёт о знаменитом Салернском кодексе здоровья, широко известном произведении Арнальдо из Виллановы, бывшим долгое время учебником для будущих врачей (1). Хотя с момента написания Кодекса прошло более восьми веков, но почти все его положения и рекомендации актуальны и сейчас.

Автор Кодекса был настолько разносторонней личностью и разноплановым учёным, оставившим свой след во многих отраслях науки, что его с полным правом можно назвать Титаном средиземноморского Средневековья, по аналогии с Титанами эпохи Возрождения. В литературных источниках его именуют по-разному: Арнальдо, Арнольдо, Арнольд, Арно, но во всех средневековых изданиях его имя пишется так: «Arnaldi Villonovani, Philophi et medici summi», поэтому в данной статье будет использоваться имя Арнальдо, как и в Большой Медицинской Энциклопедии (2, 3, 4, 5, 6). Советские и российские исследо-

ватели детально не изучали биографию и труды Арнальдо. О нём нет сообщений в Больших Медицинских Энциклопедиях 1928 и 1957 годов [7, 8], поэтому публикаций о нём крайне мало, за исключением работ академика Керова В.Л. (9), и краткой статьи в Большой Медицинской Энциклопедии 1977 года (2).

Годы жизни и смерти Арнальдо точно не установлены: около 1235 – около 1311 гг. Он родился в Валенсии, в бедной семье. В одном из трактатов он писал, что «испытал все ужасы нищеты» (9,10), поэтому учился в бесплатной школе для бедняков. После начального обучения он продолжил своё образование в университете Монпелье, а затем в Париже, где, по-видимому, учился на факультете искусств Парижского университета и посещал лекции на медицинском факультете и факультете теологии. Пребывание в Париже помогло ему изучить философские и схоластические учения того времени. Стремясь получить более глубокие знания в медицине, он снова направился в Монпелье, где сложилась сильная медицинская школа, которая была широко известна в тогдашней Европе. Почти все личные врачи французских королей изучали медицину не в Сорбонне, а в Монпелье (11). Он выучил арабский язык, познакомился с трудами арабских авторов по медицине и другим отраслям знаний, прочёл и проанализировал много арабских книг. Он перевёл на латинский язык классические арабские медицинские тексты и рассматривал арабскую медицину как «новый элемент» в тогдашней медицине (9).

Арнальдо был широко известен и популярен, его считали самым выдающимся врачом XIII века. Его приглашали для лечения арагонских королей – Педро Третьего и Хайме Второго, Фредерико Сицилийского и трёх римских пап, длительное время он был придворным врачом папы римского – Климента V. В своих многочисленных трактатах Арнальдо развивал идеи Гиппократов о наблюдении у постели больного и индивидуальном подходе (12). Арнальдо разработал массаж мочевого пузыря, применял для обезболивания наркотические средства. Он обосновал диагностическую пользу снов и сыграл важную роль в исследовании сновидений. До появления работ З. Фрейда именно его труд служил руководством для врачей в течение многих веков (3, 6).

В Средние века было «модно» применение лекарств со сложной рецептурой, Арнальдо же использовал простые проверенные опытом лекарственные средства, «утверждая, что, чем больше в рецепте снадобий, тем хуже действие сложного лекарства». Своеобразный противовес средневековой «полипрагмазии». Но при этом он признавал силу магических ритуалов, а также мощь дьявола и демонов. В лечебной практике использовал амулеты, а золото считал

универсальным лекарством (13). Арнальдо много путешествовал. Он побывал во многих университетах Италии, познакомился с выдающимися лекторами того времени. В конце XIII в он обосновался в Монпелье. В этом городе он имел большую медицинскую практику и преподавал в местном университете, хотя не имел церковного сана и папской лицензии на преподавание (6).

Арнальдо поддерживал связи со многими медицинскими центрами той эпохи, в частности в Италии и особенно с медицинской школой Салерно. Салернская школа стала к концу XIII века одним из крупнейших медицинских центров Западной Европы светского характера. В школе было немало приверженцев идей, отличных от господствовавших в медицине того времени концепций схоластического характера. По-видимому, это направление школы и предопределило близость к ней Арнальдо из Виллановы (14).

Но не только как врач был широко известен Арнальдо. Он был ещё и фармацевтом, описавшим яды и противоядия. Он был виноделом, разработавшим и описавшим процесс перегонки спирта из виноградного вина. Спирт он назвал «Aqua vita - вода жизни». Он – автор целой книги о вине «De vini», где изложил технологию производства виноградных вин, а также рецепты 19-ти лечебных вин (10). Он рекомендует изготавливать вино для памяти, глазное, слабительное, укрепляющее всё тело. Для приготовления таких лечебных вин он использует различные лечебные растения, известные и в настоящее время: очанку, шалфей, иссоп, полынь, укроп, анис и т. д. (15, 16). По его методу до сих пор производятся портвейн, мадера и шерри. Он придавал большое значение вопросам гигиены, что хорошо следует из его Афоризмов (17). В период пребывания в Монпелье Арнальдо много времени отдавал и теоретическим изысканиям и прикладным наукам: ставил химические опыты, а точнее занимался алхимией в поисках способа превращения различных элементов в золото. Арнальдо также изучал физику и математику и применял математические методы в медицине и фармакологии. Сочинения Арнальдо и его коллег, работавших в Монпелье, способствовали созданию математической базы для исследований в области медицины, тем самым на много опередив своё время (9). Спустя семь столетий математик А. Беликов разработал теорию, которая позволяет предсказать развитие любого подвида рака на основе возрастной статистики заболеваемости (18, 19).

Трактаты Арнальдо по медицине не были чисто медицинскими. Они в равной мере принадлежали к психологии и физике. Он занимался также медицинской астрологией, заимствуя многое у арабов. Он, например, писал о существовании некоего звёздного излучения,

которое влияет на различные атмосферные явления, а также на человеческий организм в труде «Основы астрологии», что также опережало развитие науки той поры. В настоящее время хорошо известно влияние на здоровье космического излучения (магнитные бури) и многих других природных факторов, что является предметом многочисленных исследований (20, 21). Он был политиком и дипломатом, по поручению испанского короля осуществлял дипломатическую миссию в Париже. Он был философом и теологом, часто вступал в противоречия с официальными церковными постулатами и догмами. Многие его философские трактаты носили антиклерикальный характер, за что он подвергался гонениям Церкви и Инквизиции при жизни и даже после смерти. По приказу инквизитора он был арестован и должен был предстать перед судом Инквизиции, но от расправы над ним его спасло вмешательство Папы Климента V, которого он вылечил. Но после смерти и Арнальдо и Климента V в 1317 году трибунал Инквизиции в резкой форме осудил пятнадцать еретических положений, почерпнутых из сочинений Арнальдо.

Арнальдо написал много трактатов и книг по различным отраслям знаний. В настоящее время известны 75 его изданных произведений, 45 неизданных и около тридцати работ ненайденных, но о которых есть упоминания его самого и других авторов (6, 10). Самое крупное и важное его произведение – «Требник с головы до ног». Очень большой труд «Способы лечения согласно инстинктам вечно живой истины» представляет собой свод врачебных предписаний, составленный на основе наблюдений повседневной жизни людей. Терапевтической практике посвящена другая важная книга Арнальдо – «Бревиарий», в которой сочетались описание признаков болезней и способы их лечения (3, 5, 6).

Но в течение многих веков был наиболее известен его стихотворный труд – «Салернский кодекс здоровья» (1). За всю многовековую историю медицины невозможно найти другую книгу, которая пользовалась бы такой славой и авторитетом, как этот небольшой трактат. Впервые он был издан в 1480 году, выходил более 200 раз, и затем был переведён на немецкий (1559), итальянский (1662), французский (1782), а также на польский, чешский и голландский языки. На русском языке поэма издавалась трижды (14). Долгое время Салернский кодекс здоровья Арнальдо из Виллановы был учебником для будущих европейских врачей.

Что же представляет из себя Салернский кодекс здоровья или как мы называли его «Средневековое руководство по здоровому образу жизни»? Это сравнительно небольшое произведение в стихах, состо-

ящее из 102 маленьких глав, в которых изложены рекомендации как правильно питаться, каков должен быть распорядок дня, что необходимо делать, чтобы чувствовать себя здоровым и бодрым. Поскольку текст стихотворный, то все рекомендации очень легко запомнить:

Школа салернская так
Королю англичан написала:
Если ты хочешь здоровье вернуть
И не ведать болезней,
Тягость забот отгони
И считай недостойным сердиться,
Скромно обедай, о винах забудь,
Не сочти бесполезным
Бодрствовать после еды,
Полуденного сна избегая.
Долго мочу не держи,
Не насилуй потугами стула;
Будешь за этим следить, — проживешь ты долго на свете.
Если врачей не хватает, пусть будут врачами твоими
Трое: веселый характер, покой и умеренность в пище.

В этих строках сразу представлены все основные положения здорового образа жизни и профилактики заболеваний. Далее автор настоятельно рекомендует полезные пищевые привычки:

Ужин чрезмерный отнюдь не полезен для наших желудков.
Чтобы спокойно спалось, перед сном наедаться не надо.

Ты за еду никогда не садись, не узнав, что желудок
Пуст и свободен от пищи, какую ты съел перед этим.
Сам по желанию есть ты получишь тому подтверждение:
А указанием будет слюны пробежавшая струйка.

В настоящее время правила рационального или здорового питания гласят то же самое: не наедаться перед сном, избегать перекусов, питаться по голоду, а не по аппетиту, соблюдать режим питания (22).

Арнальдо детально описывает диету больных и здоровых людей:

Персики, яблоки, груши, сыры, молоко, солонина,
Мясо оленье и козье, и заячье мясо и бычье:
Все это черную желчь побуждает и вредно болящим.

Свежие яйца, багряные вина, супы пожирнее,
Хлеб из тончайшей муки доставляют телесную крепость.

В Кодексе он упоминает большое количество разных продуктов, которые, по его мнению, полезны для здоровья:

Курица, горлица, голубь, каплун и скворец — превосходны,
И перепелка, и дрозд, и фазан, и тетерев с ними,
Жаворонок, вальдшнеп и зяблик, затем куропатка и ржанка.

Мягкие рыбы всегда и размера берутся большого,
Твердые рыбы, напротив, питательней, если поменьше:
Щука и окунь, лосось и форель, и линь, и, конечно,
Также треска, камбала с пескарем, и прочие рыбы.

Получается, что в Средние века стол был богаче и разнообразнее, чем в наше время. Сейчас питаться дичью могут, наверное, только охотники да очень богатые люди, поскольку в наших магазинах главная «дичь» — курица. Польза рыбы хорошо известна, её рекомендуется включать в рацион 2-3 раза в неделю (22).

Автор посвящает целую главу основному продукту питания — хлебу, его качеству:

Хлеб не горячим да будет, а также еще и не черствым,
Квашеным должен и пористым быть, хорошо пропеченным,
В меру соленным; мука пусть хорошая будет для хлеба.
Корку, однако, не ешь, ибо желчь твою высушит корка.
Квашеный хлеб, хорошо пропеченный и в меру соленный,
Чистый, здоровье даёт, а иной никуда не годится.

Действительно, хлеб, как каждодневный продукт, должен быть хорошего качества. Свежеиспечённый ещё горячий или теплый хлеб вреден, его необходимо остудить и выдержать. Это было известно и Арнальдо и его современникам. Знали о вреде горячего хлеба и на Руси. Ещё в 1624 году царь Михаил Фёдорович издал указ, запрещавший продавать свежеспечённый хлеб, а по указу Петра Первого за продажу только что испечённого хлеба следовало «бить батогами или кошками». Диетологи считают, что с момента выпечки хлеба до употребления его в пищу должно пройти не менее 8-ми часов, ещё более полезен хлеб вчерашний или подсушенный (22, 23). Много внимания в Кодексе уделяется свойствам отдельных продуктов и их влиянию на здоровье:

Сыр холодит, засоряет, он грубая, твердая пища.
Сыр вместе с хлебом полезно поест, но только здоровым.
Коль нездоров человек, сыра с хлебом вкушать не годится.

Скорее всего, сыр можно употреблять только здоровым людям из-за большого количества соли и жира. Современные врачи не рекомендуют сыры при заболеваниях почек, гипертонической болезни, сердечной недостаточности. В средние века ещё не было знаний о таких

болезнях, но рекомендации, основанные на наблюдениях и опыте, абсолютно верны. Значительная часть Кодекса посвящена именно рациону питания и выработке правильных привычек. Очень актуальны строки об избытке соли:

Соль, коль не в меру она, угнетает и зренье, и семя,
И порождает чесотку, и зуд иль озноб причиняет.

Конечно, сейчас мы знаем, что соль не вызывает зуд, чесотку, озноб, не угнетает ни зрение, ни семя, но избыток соли в пище приводит к появлению гипертонической болезни, самой распространённой в нашей стране. Уменьшение соли в рационе или вовсе её исключение из пищи у некоторых категорий больных является лечебно-профилактическим мероприятием (22).

Будучи сам виноделом [10], он даёт дельные советы по поводу вина:

Ценятся вина по вкусу, по запаху, блеску и цвету.
Доброго хочешь вина — непременно пять признаков эти:
Крепость, краса, аромат, охлажденность и свежесть, конечно.

Сладкие белые вина гораздо питательней прочих.
Красного если вина ты когда-нибудь выпьешь не в меру,
То закрепится живот и нарушится голоса звонкость.

Однако в настоящее время признано, что в красном вине больше пользы из-за наличия в нём флавоноидов, особенно ресвератрола (22, 24).

Очень важен для сохранения здоровья правильный режим питания в различные сезоны:

Должен умеренность в пище себе ты назначить весною.
В летний же зной особенный вред от пиршеств чрезмерных.
Осенью будь осторожен с плодами: беда не струсилась бы.
Сколько захочется, ешь без опаски ты в зимнюю пору.

Большую роль в сохранении здоровья и профилактике заболеваний играет гигиена тела и жилища:

Быть ты желаешь здоровым, лицо мой чаще и руки:
После еды омовенье несёт наслажденье двойное:
Делает чистыми руки, а зрение делает острым.
Воздух да будет прозрачным и годным для жизни, и чистым
Пусть он заразы не знает и смрадом клоаки не пахнет.

По мнению автора, диета настолько важна для восстановления и сохранения здоровья, что он создаёт ей настоящий гимн:

Всем я велю соблюдать им привычную в жизни диету,
 В случае крайнем диету лишь только менять допустимо.
 Нам Гиппократ говорит, отчего приключается гибель.
 Высший закон медицины диету блюсти неуклонно:
 Будет лечение плохим, коль забудешь, лечя о диете.
 Сколько, когда, почему, где, как часто и что применимо –
 Всё это должен предписывать врач, назначая диету.

Современники называли Арнальдо ботанистом, мы бы сказали, что он прекрасный фитотерапевт. В Кодексе представлены лечебные свойства не только многих растений, но и овощей и фруктов. Удивляет обширность и глубина знаний о свойствах продуктов, например, вишни:

Если ты вишен поешь, то получишь немалые блага:
 Чистят желудок, а ядро от камней избавляет;
 Будет хорошая кровь у тебя от мякоти ягод.

Несомненная польза вишни благодаря наличию антоцианов хорошо известна. Последние исследования показали, что вишнёвый сок восстанавливает силы и снимает боли, поэтому его рекомендуют пить после тренировок (25). Говоря о различных растениях, Арнальдо подробно и чётко расписывает их фармакологическое действие:

Нервы шалфей укрепляет и рук унимает дрожанье.
 И лихорадку изгнать даже острую он в состоянье.
 Ты наш спаситель, шалфей и помощник, природою данный.

Истинный знаток лечебных свойств растений, автор приводит рецепты от множества заболеваний. Он пишет, чем и как лечить головную и зубную боль, плохое зрение, рак, паралич, подагру, грыжи. Он рекомендует, как повысить плодовитость или, наоборот, что может быть противозачаточным средством. Есть даже косметические советы:

Соком от кресса волос задержать выпадение можно,
 С мёдом намазанный вместе от перхоти он исцеляет.

Все перечисленные в Кодексе растения широко применяются и в настоящее время, за исключением хелидонии – чистотела. Чистотел ядовит, поэтому он не упоминается в официальных изданиях (15, 16), но в народной медицине его сок используют на свой страх и риск для избавления от бородавок и при некоторых кожных болезнях.

В Античные времена и в Средние века одним из способов оздоровления организма и профилактики различных заболеваний считалось очищение с помощью искусственной рвоты и кровопускания (флеботомии).

Флеботомия нам взор обостряет, а мысли и разум
 Делает ясными, костный наш мозг согревает к тому же,
 Чистит кишечник и в норме содержит живот и желудок,
 Ясность даёт ощущений и сон, тошноту изгоняет,
 Голосу, слуху и силам способствует, их укрепляя.

Для производства таких очистительных процедур существовали свои показания и противопоказания, а также определённое время и месяцы года.

В летнее время тела иссушаются наши;
 В пору любую нам рвота полезна; от влаг вредоносных
 Нас избавляет она и желудка излучины моет.
 Воздух в весеннюю пору пусть будет и тёплым и влажным,
 Лучшего времени ты не найдёшь для кровопусканья.
 Май, сентябрь и апрель вот месяцы кровопусканий.
 Выпустить кровь в это время и будет тебе долготелье.

Очень чётко прописаны все противопоказания к флеботомии и возрастные ограничения:

Кровопусканья пора лишь в семнадцать лет наступает.
 Хладность природы, холодная местность и сильные боли:
 Если помылся, предался любви, возраст юный иль старый,
 Сильная также болезнь, насыщение питьём и едою,
 Если изнежен чрезмерно и слаб, и брезглив твой желудок,
 Всё это значит: тебе не показано кровопусканье.

Автор Кодекса призывает очень серьёзно относиться к кровопусканию. Он подробно описывает время, локализацию, технику флеботомии и предупреждает о возможных осложнениях:

Делай разрез неглубокий, чтоб нерв не затронуть разрезом.
 Справа – весной и летом; зимою и осенью – слева
 Кровь выпускают. Очисти ты голову, сердце и ногу,
 Печень. Но сердце весной, печень – летом, а прочее следом.
 А также назначает послеоперационный режим:
 Кровопусканье свершив, шесть часов ты бодрствовать должен,
 Чтоб испарения сна повредить не сумели бы телу.
 Кровопусканье закончив, к еде приступай не тотчас же.
 Пищу молочную всю избегать ты тщательно должен.
 Тот, кому пущена кровь, и напитков пускай избегает.
 Всякий полезен покой, а движенья весьма вредоносны.

По-видимому, эти советы даны, чтобы предупредить возможные кровотечения из раны при движении. Скорее всего, эмпирически было

установлено время, после которого исчезает опасность открытия раны и неконтролируемого кровотечения, особенно во сне. Отсюда и рекомендации не спать шесть часов, не двигаться, соблюдать покой.

Арнольдо дал удивительно точное описание четырёх психологических типов людей, согласно господствовавшей тогда гуморальной теории.

Его сангвиник -

Влюбчивый, щедрый, весёлый, смеющийся, румянолицый, Любящий песни, мясистый, поистине смелый и добрый.

А холерик -

Вечно взъерошен, лукав, раздражителен, смел и несдержан.

Строен и хитрости полон, сухой он и с ликом шафранным.

Флегматик наоборот -

Всякий флегматик сонлив и ленив, и с обильной слюною.

Тучен он телом и разумом туп, белолицый обычно.

Ипохондрики же -

Жадны, печальны, их зависть грызёт, своего не упустят.

Робки, не чужд им обман, а лицо их землистого цвета.

Хотя гуморальная теория давно «канула в Лета», но выделение людей по психологическому типу пережило века и даже тысячелетия. Знания различий в отношении к жизни и окружающим, к своему здоровью у людей различных психотипов могут помочь врачу в выборе тактики общения с пациентом, а также предвидеть результаты профилактического консультирования: будет ли человек следовать данным ему рекомендациям или нет.

Салернский кодекс здоровья в практическом плане почти не уступает современным руководствам по профилактике хронических неинфекционных заболеваний (26). В нём изложены те же принципы рационального питания, режима труда и отдыха, физической активности, преодоления стресса - всё то, что актуально и в наши дни.

Арнольдо из Виллановы, известнейший и разносторонний учёный Средневековья, оставил богатое научное наследие. По широте и разнообразию его научных изысканий его можно поставить в один ряд не только с Титанами Возрождения, но и с французскими энциклопедистами века Просвещения. Хотя в России Арнольдо известен только как врач, автор знаменитого Салернского кодекса здоровья, но даже одно это произведение оставило память о его авторе на века. Оно не потеряло свою актуальность спустя семь веков, и многие его положения повторяются в профилактической медицине в настоящее время. Недаром это было настоящее руководство по здоровому образу жизни профилактике заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Салернский кодекс здоровья, написанный в 14-м столетии философом и врачом Арнальдом из Виллановы. Перевод с латинского и примечания Ю.В. Шульца. Издательство «Медицина», Москва, 1970, с. 139
2. Арнольдо из Виллановы. Большая медицинская энциклопедия, 1978, том 2, издательство «Советская энциклопедия», с. 165
3. Arnauld de Villeneuve. Sa vie. Histoire litteraire de la France, Tom XXVIII, Paris 1881. Kraus reprint, Nendeln/Liechtenstein 1971, pp 26-126
4. Arnaldus de Villa Nova. Schola Salernitana. Coservandae bona valetudinis praecepta. Cum luculenta et succincta A.V. in sigula capita exegesi 1573. p 296, Franc[furt]
5. Мейер-Штенег Г. и Зудгоф К. История медицины. Перевод 2-го издания с немецкого, М. 1925, с. 217
6. Haven M. La vie et les oeuvres de maitre Arnaud de Villeneuve. Paris, 1896, p 210
7. Большая медицинская энциклопедия, под редакцией Н.А. Семашко, Москва, 1928, том 2
8. Большая медицинская энциклопедия, под редакцией А.Н. Бакулева, Москва, 1957, том 2
9. Керов В.Л. Арнольд из Виллановы и его роль в развитии культуры и свободомыслия в Южной Франции (конец XIII - начало XIV в.) - Проблемы социальной структуры и идеологии средневекового общества. Выпуск 3. Сборник. Издательство Ленинградского Университета, 1980, с. 116-131
10. Arnaldo de Villanova, Juan. The earliest printed book on wine. By Arnaldo de Villanova, physician, surgeon, botanist, alchemist and philosopher (1235 - 1311). Now for the first time rendered into English and with historical essay de Henry E. Sigerist. With facs of the origin ed 1478. N.York, Schuman 1993. 44p with ill., 161 portr.
11. Университет Монпелье. www.vparis.net./university-frantsii/universitet-monpele-university-of-montpellier/html (дата обращения 18.05.2018)
12. Гиппократ, избранные книги. Перевод с греческого проф. В.И. Руднева. Редакция, вступительные статьи и примечания профессора В.П. Карпова. Репринтное издание 1936 года. Москва. «Сварог». 1994, с 736

13. Видения Арнольда из Виллановы Блок-книга Regio-Dei. www.peremenu.ru/book/rd/116 (дата обращения 18.05.2018)
14. Салернская школа, Большая медицинская энциклопедия, 1978, издательство «Советская энциклопедия», том 14, с. 81-82
15. Замятина Н.Г. «Лекарственные растения России. Энциклопедия природы России», справочное издание. Москва, 1980 г., Издательство АБФ, с. 396
16. В.К. Лавренов, Г.В. Лавренова – 500 важнейших лекарственных растений. ООО «Издательство АСТ», Донецк: «Сталкер», 2004. с. 510
17. Афоризмы великих врачей. Мудрость тысячелетий. Под редакцией В.П. Бутурмеева, В.В. Бутурмеева. ОЛМА, Медиа Групп, 2011, с. 304
18. Теория А. Беликова позволяет предсказывать развитие любого подвида рака, для которого доступна возрастная статистика заболеваемости. Учёный из МФТИ выяснил, как можно оценить вероятность развития любого рака <https://ria.ru/science/20170922/1505315940.html> (дата обращения 18.05.2018)
19. Scientific Reports 7. Article number 12170(2017).doi:10.1038/s41598-017-12441-7 The number of key carcinogenic events can be predicted from cancer incidence. Published on line 22 Septembre 2017
20. М.Д. Смирнова, Ф.Т. Агеев, О.Н. Свирида и др. – Влияние летней жары на состояние здоровья пациентов с умеренными и высоким риском сердечно-сосудистых осложнений. Ж. Кардиоваскулярная терапия и профилактика, том 12, № 4, 2013, с. 56-61
21. Смирнова М.И., Горбунов В.М., Андреева Г.Ф. и др. – Влияние сезонных метеорологических факторов на заболеваемость и смертность населения от сердечно-сосудистых и бронхопульмональных заболеваний. Ж. Профилактическая медицина, том 15, № 6, 2012, с. 69-75
22. В.А. Тутельян, А.Н. Разумов, А.И. Вялков., и др. – Научные основы здорового питания. Издательский Дом Панорама, Наука и практика. Москва, 2010, с. 816
23. Полезен ли горячий хлеб? <https://www.kakprosto.ru/kak-900221-polezen-li-goryachiy-hleb/> (дата обращения 18.05.18)
24. Красное вино – польза и вред Naturweight.ru/krasnoe-vino-polza-i-vred/ (дата обращения 18.05.2018)

25. Эксперты советуют пить вишнёвый сок после тренировок. Dni24 <https://dni24.com/exclusive/14586-uchenye-visheneviy-sok-snimaet-boli-posle-trenirovki.html> (дата обращения 18.05.2018)
26. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний. Рекомендации. Москва, 2013, с. 136

**РАБОТА ХИРУРГА XVI ВЕКА
И АНАТОМИРОВАНИЕ ЧЕЛОВЕКА
В ИЛЛЮСТРИРОВАННЫХ ИНИЦИАЛАХ
«DE HUMANI CORPORIS FABRICA» А. ВЕЗАЛИЯ**

Ланска Д.

Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Университет штата
Висконсин, Висконсин, США

**A 16TH-CENTURY SURGEON'S DUTIES AND
THE PREPARATION OF HUMAN ANATOMICAL
SPECIMENS AS ILLUSTRATED IN THE
HISTORIATED INITIALS OF «DE HUMANI
CORPORIS FABRICA» BY VESALIUS**

Douglas J. Lanska,

The I.M. Sechenov University, Moscow, Russia
University of Wisconsin, Madison, Wisconsin, USA

Аннотация: Анализируются иллюстрированные инициалы первого и второго издания книги А. Везалия «О строении человеческого тела», на которых изображены хирургические манипуляции и техника анатомирования.

Ключевые слова: А. Везалий, история хирургии, история анатомии, медицинские иллюстрации.

Annotation: This paper reviews historiated initials that illustrate a 16th-century surgeon's duties and the techniques used in procuring and preparing human anatomical specimens in first (1543) and second (1555) editions of «de Humani corporis fabrica» by A.Vesalius.

Key-words: A. Vesalius, history of surgery, history of anatomy, medical illustrations.

In books printed during the Renaissance, large initial letters served primarily a decorative function, although they also helped in a utilitarian way to mark paragraph and chapter divisions. Consequently, in most books printed during the Renaissance, there was little if any relationship between the images depicted in the initials and the content of the text. Printers had suites of decorative initials that they employed in multiple books, with some sets suitable for classical texts while others were designed for ecclesiastical works. Having a stock of multiuse decorative initials improved the speed of production, avoided the time and expense of cutting new blocks and also eliminated the variable results achieved with individually drawn decorative initials (as was done in some early printed books).

In contrast, in the two editions of his monumental anatomical treatise, «*de Humani corporis fabrica*» (1543, 1555), Renaissance anatomist Andreas Vesalius (1514-1564) utilized specially designed historiated initials to complement the images shown in the main anatomical woodcut plates. The historiated initials in the text of the *Fabrica* provide an apparent incongruity with the artistic woodcut plates, particularly those of the sequence of «muscle men» in progressive stages of dissection carefully choreographed in lifelike poses against a backdrop of the northern Italian countryside. Whereas the Vesalian «muscle men» serve *inter alia* to elevate the study of anatomy from the grim atmosphere of the dissecting room to a level where one can see and appreciate the beauty in the fabric (*fabrica*) of the human body, the historiated initials of the *Fabrica* vividly portray the sordid details of the methods used to gain this knowledge. Where the large anatomical figures are exquisite, and in some cases even ethereal, the historiated initials are crude, sometimes vulgar, and often marked by macabre humor. O'Malley felt they could be considered as «pictorial footnotes» to the main text. Except for the historiated initials, the only illustrations in the *Fabrica* that illustrate an anatomist in the process of dissection were two images showing Vesalius himself at work dissecting human cadavers.

This lecture reviews the subset of these historiated initials that illustrate a 16th-century surgeon's duties and the techniques used in procuring and preparing human anatomical specimens. The illustrations shown in this lecture are restored from illuminated copies of the *Fabrica* in the Universitätsbibliothek Basel (1543 *Fabrica*), and the Biblioteca Riddardiana in Florence (1555 *Fabrica*).

Four of the large historiated initials were common to both editions of the *Fabrica*, while the small initials were entirely recut for the second edition. While the themes of the images in the small historiated initials correspond exactly for the 1543 and 1555 editions, the executions were quite different, reflecting the work of different artists and block cutters for the two editions.

Six small historiated initials concern a surgeon's duties: «A» (urinary catheterization of a man), «E» and «F» (use of a glossocomion to set a leg fracture in a man), «H» (use of patterns of cutaneous cauterization of the skin on the head of a man to treat headaches and other disorders, as still used by traditional medicine practitioners in Tibet, Bhutan, and India), «I» (childbirth in a birthing chair), and «V» (venesection).

One large initial and three small historiated initials illustrate the sources of bodies used for anatomy. The large «I» shows putti engaged in grave robbing under cover of darkness. The small «L» shows a woman who had been hanged being lowered from the gallows. The small «N» shows a body transported by soldiers on a stretcher. The small «O» shows a decapitated head being lowered from an elevated platform.

One large initial and three small historiated initials illustrate preparation of human anatomic specimens. The large «O» shows putti removing a skull and other bones from a boiling cauldron. The small «C» shows the use of a perforated wooden box for removing soft tissues from the bones: the body was placed inside the box, which was then lowered into a river, where the river organisms removed the soft tissues over a period of 1-2 weeks. The small «D» shows putti sawing open the cranium of a man to provide access for brain dissection. The small «P» shows putti engaged in constructing a skeleton from the cleaned bones.

In conclusion, careful study of the historiated initials in the *Fabrica* provides complementary information to that of the main woodcut anatomical plates. In particular, the historiated initials provide a unique portrait of the duties of a 16th-century surgeon/anatomist.

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ РЕГИОНОВ РОССИИ

СТАНОВЛЕНИЕ ГОРОДСКОЙ МЕДИЦИНЫ В ИВАНОВО-ВОЗНЕСЕНСКЕ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ XIX ВЕКА

А.О. Бунин

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ивановская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

THE FORMATION OF URBAN MEDICINE IN IVANOVVO-VOZNOSENSK IN THE SECOND HALF OF THE XIX CENTURY

A.O. Bunin

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Ivanovo State Medical Academy» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

Аннотация: Статья посвящена начальному этапу организации городской медицины в Иваново–Вознесенске в 70–90-е годы XIX века. В ней также рассматривается оказание медицинской помощи населению города в этот период.

Abstract: The article is devoted to the initial stage of the organization of urban medicine in Ivanovo – Voznesensk in 70-90 years of the XIX century. It also considers the provision of medical care to the population of the city during this period.

Ключевые слова: Городская медицина, городской врач, приёмный покой, амбулатория, городская больница.

Key-words: Urban medicine, city doctor, emergency room, ambulatory, municipal hospital.

С образованием города Иваново-Вознесенска летом 1871 года организация медицинской помощи населению была возложена на органы самоуправления: Думу с представительными и Управу с исполнительными функциями. Возможности городских властей в области здравоохранения были во многом ограничены тем, что финансирование медицины становилось возможным лишь после покрытия всех

обязательных расходов (на полицию, пожарную часть, тюрьмы, размещение войск и т. д.).

Городской медициной непосредственно заведовала Управа. По лечебному уставу 1893 года это руководство заключалось в указаниях порядка снабжения больниц всем необходимым, в фактическом контроле и наблюдении за правильным ведением хозяйства в медицинских учреждениях, в назначении должностных лиц и в определении характера, типа деятельности и средств больниц. К ведению городской Управы относилось и определение числа лечебных заведений исходя из определения местных потребностей.

Вместе с тем все постановления Управы о назначении на врачебные должности требовалось утвердить у губернатора. Как правило, губернатор соглашался с решением городских властей, но иногда и отвергал предложенную кандидатуру. Кроме того, деятельность всех врачей города контролировалась врачебным отделением губернского правления. Ему врачи были обязаны представлять разнообразную отчётность.

Во многом деятельность городской Управы и Думы в области здравоохранения затруднялась тем, что в них обычно не было специалистов медицинского дела. В связи с этим при городской Управе была создана врачебно-санитарная комиссия. В 1899 году был образован санитарный совет, в который входили один из членов Управы, городской врач, врач городской больницы, старший врач больницы чернорабочих, санитарный врач; председательствовал городской голова. Задачами совета являлись рассмотрение всех дел, касающихся здравоохранения в городе, улучшения условий в санитарном отношении, совершенствования оказания врачебной помощи населению (ГАИО Ф. 2 Оп. 1 Д. 3460. Л. 17).

Должность особого городского врача предполагалась для каждого города, но в Иваново-Вознесенске его обязанности несколько лет исполнял «по совместительству» врач больницы чернорабочих В.А. Бугельский. К тому же в городе постоянно пребывал Шуйский уездный врач, во многом организовывавший медицину со стороны земства. Лишь в 1875 году владимирский губернский инспектор посчитал, что по своей многолюдности Иваново-Вознесенск должен иметь особого городского врача (ГАИО Ф. 2. Оп. 1. Д. 593 Л. 10).

В 1877 году должность городского врача была учреждена, на неё был назначен В.А. Бугельский. Городовой врач имел права государственной службы, т.е. был государственным чиновником, и, в первую очередь, должен был обслуживать нужды суда и полиции, а также

следить за распространением эпидемий. Бугельский, помимо этих обязанностей, по просьбе Думы занялся также и лечением жителей города, причём бесплатно. В постановлении Думы просьба к городскому врачу объяснялась бедностью многих горожан, вследствие чего те имели привычку при заболеваниях обращаться за советами к знахарям и попросту шарлатанам (ГАИО Ф. 2. Оп. 1. Д. 593. Л. 53-54).

В 1883 году должность городского врача занял работавший до этого в Юрьевском уездном земстве П.А. Алявдин. Он находился на этом посту более тридцати лет и успел многое сделать для развития медицины в Иваново-Вознесенске. В частности, благодаря его усилиям появилась городская больница.

В 1884 году П.А. Алявдин возбудил ходатайство перед головой Я.П. Гарелиным об устройстве хотя бы небольшой городской больницы. Городовой врач аргументировал необходимость её открытия тем, что существовавшая в Иваново-Вознесенске больница чернорабочих не могла обеспечить медицинской помощью жителей города, не имеющих больничных билетов. К тому же, по мнению П.А. Алявдина, к началу 1880-х годов больница чернорабочих уже была тесна и для «своих» больных, а требовалась часто помощь при экстренных случаях, которые угрожали жизни больного и требовали лечения в стационаре. Однако Я.П. Гарелин первоначально счёл решение этого вопроса преждевременным (ГАИО Ф. 2 Оп. 2 Д. 646 Л. 8).

В начале 1886 года Алявдин вновь направил в Управу записку, в которой перечислял недостатки здравоохранения в городе и предлагал способы их устранения. В записке городской врач обосновал и необходимость открытия амбулатории в Иваново-Вознесенске. Дума пошла навстречу пожеланиям П.А. Алявдина, и на заседании 18 февраля 1887 года приняла решение « в виде опыта» на один год открыть приёмный покой с двумя больничными койками. Для заведования им был приглашён фельдшер с жалованьем 200 рублей в год при готовой квартире (ГАИО Ф. 2 Оп. 1 Д. 2092 Л. 1-3).

Для приёмного покоя был выделен деревянный флигель, старый и худой, с провалившимися полами. Первоначально приёмный покой не выполнял чисто лечебные задачи, а был приспособлен для медико-полицейских целей, т. е. для освидетельствования проституток и нищих. Летом 1888 году городская Дума постановила перенести приёмный покой в каменное здание. При этом покой был расширен на 4 койки, и в него стали направлять всех больных, а не только доставленных полицией. В январе 1889 года была организована и стала действовать амбулатория приёмного покоя (ГАИО Ф. 2 Оп. 1 Д. 2607 Л. 2).

Несмотря на недостаточное помещение и его малую приспособленность для больничных целей, поток больных в приёмный покой постоянно рос. П.А. Алявдин уже в 1890 году в письме городскому голове сетовал на то, что даже увеличение времени приёма не позволяло принять всех больных, и ежедневно приходилось отказывать десяти и более больным (ГАИО Ф. 2 Оп. 1 Д. 2476 Л. 2). Помощь всем больным в приёмном покое оказывалась бесплатно, для неимущих пациентов бесплатными были и лекарства, поэтому количество больных с каждым днём увеличивалось. Так, в 1890 году их было принято 3035 человек. Повышалась потребность и в стационарном лечении, количество больничных коек к 1891 году выросло на 10.

Растущие потребности в лечении больных привели к повышению городской Думой в 1891 году финансирования приёмного покоя на 500 рублей. Из этих денег 300 рублей предназначалось врачу для того, чтобы он вёл приём в амбулатории ежедневно (с 9 до 11 часов), кроме воскресенья и праздничных дней. До этого осмотр больных производился только три раза в неделю, и приёмным покоем городской врач заведовал бесплатно. Оставшиеся деньги были отпущены на приобретение лекарств для бесплатной выдачи бедным больным и на увеличение жалованья фельдшеру (ГАИО Ф. 2 Оп. 1 Д. 2562 Л. 15, 79).

В 1893 году в России вводится новый лечебный устав, согласно которому приёмный покой Иваново-Вознесенска получил наименование лечебницы. Городская Дума утвердила её штаты и правила заведования. Персонал приёмного покоя включал теперь, кроме врача и фельдшера, кастеляншу, сиделку, сторожа и кухарку (ГАИО Ф. 2 Оп. 1 Д. 2733 Л. 32). По новым правилам правом бесплатного амбулаторного лечения и бесплатным лекарством могли пользоваться все горожане, за исключением тех, которые имели полную возможность лечиться в других, специально для них устроенных лечебных заведениях (фабричные, крестьяне). Но и они имели возможность получить амбулаторную медицинскую помощь. Что касается бесплатного стационарного лечения, то оно предоставлялось только горожанам. В экстренных случаях больные принимались без различия их места жительства и социального положения.

Несмотря на расширение графика работы и увеличение финансирования, лечебница оказалась в начале 1890-х годов не способна оказывать качественную медицинскую помощь горожанам. Это было связано с тесным и неудобным помещением приемного покоя и с тем, что амбулатория находилась рядом с больничным покоем. В результате приходящие больные беспокоили стационарных и могли за несколько часов ожидания подхватить заразную болезнь.

Случаи заражения регистрировались неоднократно. К тому же в лечебнице не было ванной комнаты, а полиция направляла в приёмный покой всех подобранных на улице ушибленных. Из-за этого пребывание больного в лечебнице часто становилось невыносимым.

Городовой врач в течение нескольких лет пытался обратить внимание властей на проблемы лечебницы, но лишь осмотр её помещения самими членами Управы убедил их в его полной непригодности. К тому же Иваново-Вознесенский приёмный покой получил нелестную оценку губернским врачебным инспектором. Лишь в 1894 году было принято решение построить специальную городскую больницу на 20 коек (ГАИО Ф. 2 Оп. 1 Д. 2733 Л. 13-17). Была избрана особая комиссия под председательством городского головы для выработки плана и сметы устройства новой лечебницы. Кроме головы и городского врача, в неё вошли два депутата врача и три депутата фабриканта.

Решено было строить для больницы деревянное, а не каменное здание. Смета новой лечебницы составила 34 тысячи рублей, из которых только половину внесло городское управление, остальную половину дали пожертвования.

В январе 1897 года произошло освящение и торжественное открытие больницы. Кроме собственного больничного здания, были выстроены: служебный корпус, часовня, кладовая, погреб, анатомическая, баня, прачечная. В 1897 году вокруг новой больницы был разбит сад, посажено более 200 деревьев. Летом у больных появилась возможность проводить большую часть времени на террасе, примыкающей к зданию больницы и выходящей в сад (такой роскоши больше не было ни в одной больнице города) (ГАИО Ф. 2 Оп. 2 Д. 646 Л. 10).

Новая городская больница, как имеющая 20 штатных кроватей, была причислена к четвёртому классу больниц. В штате лечебницы состояли: врач, фельдшер, фельдшерица, кастелянша, три сиделки, служитель, дворник, кухарка, прачка. Больница не имела каких-либо специальных отделений, за исключением инфекционного. Для заразных больных было отведено две палаты. В больницу принимали и амбулаторных больных, преимущественно с хирургическими и женскими заболеваниями, а в праздничные дни, когда не было приёма в амбулатории – и с другими болезнями (ГАИО Ф. 2 Оп. 1 Д. 3866 Л. 15).

Количество операций в год было незначительным – от 10 до 20 в год, высока была и смертность.

Параллельно с новой больницей продолжала работать амбулатория. Ещё в 1892 году она была выведена из помещения приёмного покоя и устроена в другом здании. В дальнейшем амбулатория

часто меняла своё помещение, однако все занимаемые ею здания были построены для других нужд и не отвечали требованиям лечебного заведения. Между тем амбулатория играла важную роль в обеспечении здоровья горожан. Она не только принимала больных, но и имела аптеку, где готовились лекарства, как для проходящих больных, так и для стационара. В амбулатории любой желающий мог сделать прививку от оспы.

Таковы были первые шаги городской медицины в Иваново-Вознесенске.

ЛИТЕРАТУРА

1. Государственный архив Ивановской области (ГАИО) Ф. 2. Городская управа Иваново-Вознесенска. Оп. 1. Д. 538, 2092, 2562, 2607, 2733, 3460, 3866. Оп. 2. Д. 646.

ДОСТУПНОСТЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ДАЛЬНЕМ ВОСТОКЕ РОССИИ: ЛОЗУНГИ И ПРАКТИКА (1960-1980)

В.В. Гончар

Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения, г. Хабаровск

ACCESSIBILITY OF DENTAL CARE IN THE FAR EAST OF RUSSIA: SLOGANS AND PRACTICE (1960-1980)

V.V. Gonchar

Postgraduate Institute for Public Health Workers, Khabarovsk

Аннотация: В статье оценивается доступность общественных стоматологических служб дальневосточного региона для населения. Выяснено, что, несмотря на декларирование государственной властью принципов общедоступности этого вида медицинской помощи, в повседневной жизни наблюдалось социальное расслоение при ее оказании.

Ключевые слова: СССР, Дальний Восток России, стоматология, зубной врач, история медицины.

Abstract: The article assesses the availability of public dental services in the Far East region for the population. It was found out that, despite the declaration by the state authorities of the principles of the general availability of this type of medical care, in everyday life there was a social stratification when it was provided.

Key-words: USSR, Far East of Russia, dentistry, dentist, history of medicine.

Социальная политика государства в 1960-1980-е гг. продолжала формироваться на условиях и на принципах, заложенных в годы индустриализации, что означало централизованное управление, распределительно-нормированную систему получения материальных благ, где приоритет отдавался определенным категориям населения. Система социального неравенства, сформированная в СССР в 1920-е – 1930-е гг., приобретала новые очертания и имела два аспекта: номинальный, сформулированный властными структурами на основе официальной идеологии и законодательными актами, и реальный – складывающийся в процессе закрепления социальных практик (Гончар 2017). Особенностью стратификационного конструкта советского общества выступало то, что государственная власть, формируя социальное пространство, исходила не из реальных характеристик последнего, а из своих представлений о нем, которые не полностью совпадали с действительностью. В обществе постоянно подчеркивался более высокий статус рабочего класса перед колхозным крестьянством и интеллигенцией в силу его «ведущей» роли в процессе перехода к коммунизму (Шестак 2010). Тем не менее, вектор социального развития был направлен на ликвидацию различий в уровне жизни и потреблении различных групп населения, был взят курс на стирание социально-экономических диспропорций между регионами, городом и деревней. Это должно было осуществляться путем совершенствования планирования, распределения, нормирования, администрирования и контроля, где роль высшего партийно-государственного аппарата продолжала оставаться решающей. Однако нормативно оказание медицинской помощи оставалось дифференцированным, а интересы рабочих ставились выше интересов крестьянства.

В 1960-1980-е гг. на повестке дня местной исполнительной власти постоянно находились вопросы количественного увеличения инфраструктуры, рационального территориального и производственного расположения медицинских организаций, обеспечения постоянного прироста квалифицированных специалистов, поиска дополнительных источников финансирования, интенсификации зубо-технического производства, модернизации и переоснащения матери-

ально-технической базы стоматологической службы. Местные органы здравоохранением стремились повысить доступность и качество стоматологической помощи для разных социальных категорий населения, «стереть грань» между городом и деревней. Однако от принятия управленческих решений до практического исполнения намеченных планов проходили десятилетия. Это являлось отражением общих тенденций государственной политики того времени в области экономического и социального развития общества. В стране должна была создаваться система территориального, финансового и социального равенства при получении стоматологической помощи.

Тенденции централизации стоматологической помощи активно внедрялась в практику здравоохранения Дальнего Востока. Стоматологические поликлиники в регионе размещались в «стратегических пунктах» – крупных промышленных городах. Была создана разветвленная сеть стоматологических отделений и кабинетов, что позволило приблизить медицинскую помощь непосредственно к населению, оптимально маршрутизировать пациента, повысить доступность этого вида медицинской помощи. К концу 1980-х гг. 90 % населения региона получали стоматологическую помощь в специализированных поликлиниках. Рост сети стоматологических учреждений и численность врачей стоматологического профиля, особенно в 1980-е гг., характеризовался повышением количественных показателей деятельности.

Рассчитанная на экстенсивный путь развития, стоматологическая помощь Дальнего Востока базировалась исключительно на административно-командном стиле управления, на лоббировании ведомственных интересов, где приоритеты отдавались тем отраслям производства, которые местной правящей элите представлялись наиболее важными для региона и всего государства в целом, поэтому роль социальных и экономических подходов была минимальной. Отражением этих тенденций являлось развитие ведомственной стоматологической помощи, в первую очередь, для партийно-бюрократической элиты, а также для работников ряда отраслей региональной промышленности (транспорта, связи, добывающих и перерабатывающих отраслей промышленности) (Шабалова 2002).

Необходимо отметить, что в крае не планировалось создание хозрасчетных (платных) стоматологических поликлиник, которые были лишены некоторых недостатков территориальных лечебных учреждений. Это можно объяснить факторами как объективного, так и субъективного характера. К первым относятся природно-климатические условия территории, система расселения и структура населения. Ко вторым, недостаточное социально-экономическое развитие региона,

кадровый дефицит, невысокое состояние материально-технической базы и социальной инфраструктуры, низкая транспортная доступность и мобильность населения. Тем не менее, по нашему мнению, данные лечебные учреждения были бы востребованы в силу специфики экономического освоения региона, где была высока доля переселенцев, не сумевших устроиться по специальности и выпадавшие из своей сферы труда, лица, приехавшие за «длинным рублем», вахтовики, многочисленные сезонные рабочие, «кочующие» работники с производства на производство и не имевшие постоянного жилья.

Серьезными моментами деятельности стоматологических служб региона оставались вопросы кадрового обеспечения. Высокий уровень дефицита и текучести кадров, неудовлетворительное состояние с обеспечением врачей средним и младшим медицинским персоналом, множество проблем социально-бытового плана не позволяли укомплектовать штатные должности врачей, особенно в сельской местности (Сергеев 1976).

Недостаточное экономическое и социальное развитие сельских регионов Дальнего Востока, спускаемые «сверху» нормативы, которые не учитывали особенностей региона, состояние материально-технической базы, отсутствие высококвалифицированных специалистов отражалось на развитии стоматологической помощи в сельской местности, которое значительно отставало от городского уровня.

Местные органы власти стремились повысить доступность этого вида медицинской помощи для разных социальных категорий населения. Реально, доступность стоматологической помощи на Дальнем Востоке характеризовалось глубоким расслоением, где ведущим критерием доступности выступала категория «уровень жизни» или «уровень потребления». Уровень жизни определялся положением индивидов во властной иерархии, по характеру труда и роду занятий, доступу к общим благам и услугам, а также производственной спецификой. Максимальной доступностью обладала краевая и городская номенклатура, обеспеченная не только бесплатной, но и улучшенного качества стоматологической помощью. Повышенной доступностью обладали служащие разного уровня квалификации, не обладавшие управленческой властью, высококвалифицированные профессионалы, специалисты с высшим образованием, чьи льготы на получение медицинской помощи носили отраслевой характер. Отраслевая пирамида строилась на представлениях элиты о том, какие отрасли наиболее важны для государства, а какие имеют второстепенное значение. Наиболее важные отрасли промышленности были обеспечены ведомственными лечебными учреждениями. Общей

доступностью обладали городские рабочие, пониженной доступностью – сельская интеллигенция, сельскохозяйственные рабочие. Замыкали пирамиду маргиналы, люди, оказавшиеся в силу определенных обстоятельств вне пределов своих социальных групп. Дети составляли особую группу, доступность стоматологической помощи которой всецело зависело от места работы родителей.

С начала перестройки начали рушиться сдерживающие идеологические «пружины» процессов социального расслоения советского общества, где «уровень потребления» влиял на доступность и качество стоматологической помощи. Развитие новых форм собственности и экономической активности позволило далее не скрывать стратификационную иерархию общества, где статусные позиции в виде объема административной власти, льготы и привилегии продолжали оставаться весомыми аргументами при получении стоматологической помощи.

Таким образом, на Дальнем Востоке России декларировалось создание системы равенства доступа к стоматологическим службам общественного здравоохранения, однако в условиях идеологических догм, распределительно-нормированной системы советского общества, стратификационной пирамиде дальневосточного социума, доступность этого вида медицинской помощи характеризовалась глубоким расслоением.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гончар В.В. Организационные практики советских стоматологических служб: государственные подходы и реальная деятельность (1960-1980 гг.) / В.В. Гончар // *Opera medica historica. Труды по истории медицины: Альманах РОИМ. Выпуск 2* / М.В. Поддубный (отв. ред.). – М.: Печатный дом «Магистраль», 2017. – С. 263-269.
2. Шестак О.И. Стратификационная иерархия дальневосточного общества в 1950-е - 1980-е годы / О.И. Шестак // *Ойкумена*. – 2010. – № 3. – С. 56-70.
3. Шабалова Н.А. Записки врача / Н.А. Шабалова. - Южно-Сахалинск: Лукоморье, 2002. - 302 с.
4. Сергеев А.В. Состояние стоматологической помощи населению РСФСР и меры по ее дальнейшему улучшению / А.В. Сергеев // *Труды III съезда стоматологов РСФСР*. - Волгоград, 1976. - С. 3-10.

ИЗУЧЕНИЕ ИСТОРИИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ СЛУЖБ В ПЕРМСКОЙ ГУБЕРНИИ

М.Н. Гурьянова, П.С. Гурьянов
Пермская государственная фармацевтическая академия

STUDY OF THE HISTORY OF PHARMACEUTICAL SERVICES IN THE PERM-SCHOOL OF GUBERNIA

M.N. Guryanova, P.S. Guryanov
Perm State Pharmaceutical Academy

Аннотация: В статье представлены результаты поиска данных о фармацевтических службах Пермской губернии.

Ключевые слова: Музей, история фармации, земство, Пермская губерния.

Abstract: The article presents the results of searching for data on pharmaceutical services in the Perm province.

Key-words: Museum, history of pharmacy, zemstvo, Perm province.

Одной из функций музея Пермской государственной академии является осуществление научно-исследовательской работы по ряду направлений, в том числе по направлению «изучение фармацевтических организаций Пермской губернии». Традиционным направлением научной деятельности музея в течение ряда лет являлось выявление мест расположения аптек в уездах Пермской губернии и воссоздание биографий сотрудников этих аптек. Установлено, что во всей Пермской губернии в 1906 году было 37 аптек, в том числе 11 земских, 6 сельских, 3 аптечных отделения и 17 аптек, принадлежащих частным лицам (Адрес-календарь 1908:3). Для управления этими аптеками и контроля за их деятельностью создавались различные службы. В данной статье представлены результаты нового направления научных исследований музея ПГФА по выявлению служб, организующих фармацевтическую деятельность в Пермской губернии и Пермском уезде в период с 1786 по 1918 гг. Для реализации этой цели были поставлены задачи: провести анализ материалов, издававшихся статистической службой Пермской губернии; выявить губернские и земские фармацевтические службы, сгруппировать собранные данные по ряду признаков, установить данные о сотрудниках этих служб.

В качестве источников информации были использованы Памятная книжка Пермской губернии на 1863 год и Адрес-календари

с 1883 г. (первый год издания) по 1916 г. В ходе исследования использовались следующие признаки:

1. Исторический - выделены исторические этапы — до 1870 года (деятельность приказа общественного призрения) этапы и 1870–1917 (деятельность пермского земства).
2. Ведомственный – проведена группировка найденных данных по трем направлениям фармации Урала: государственная, земская, военная.

В Памятной книжке Пермской губернии на 1863 год не обнаружено данных об отдельных фармацевтических подразделениях в службах Приказа общественного призрения. В период земского правления в губернских службах существовало подразделение «Врачебное управление», в котором была учреждена должность фармацевта. Установлено, что должность фармацевта Врачебного правления в разные годы занимали следующие провизоры: Василий Васильевич Кестер (1883–1892 гг.), в 1893 году данная должность оставалась вакантной, с 1895 г по 1913 г. – провизор — Карл Федорович Боне. Огромный вклад К.Ф. Боне был высоко оценен: его чин за эти годы изменился от коллежского секретаря до статского советника. Изучение документов К.Ф. Боне в государственном архиве Пермского края выявило, что скорее всего в 1913 году К.Ф. Боне перенес инсульт, в документах есть описание его состояния: «*больной не может двигать правой рукой и ногой. Зрачки широкие, реакция их на свет вялая. Речь расстроена. Вялый паралич правой руки и ноги. Движения правых конечностей невозможны, кроме незначительного сгибания в локте и кисти правой руки. Сухожильные рефлексы резко повышены справа. Чувствительность отсутствует на правой половине тела. Вопросы воспринимает плохо, мысль не может выразить ни жестами, ни мимикой. Написанного больной не понимает*» (ГАПК Дело 752). Поэтому с 1914 г. по 1916 г. должность фармацевта Врачебного управления губернского правления занимал провизор Виктор Фомич Бартоминский (Адрес-календарь 1914:2).

С 1897 года в адрес-календарях появляются сведения о создании новой службы при пермской земской управе — складе медикаментов. Заведовали складом фармацевтические специалисты с разным уровнем фармацевтического образования. Первоначально эта должность соответствовала уровню образования «аптекарь-помощник»: с 1897 г. по 1903 г. должность заведующего исполнял аптекарь-помощник Павел Абрамович Лифшиц, с 1895 г. складом заведовал Андрей Андреевич Флегонтов. В 1904 году видимо статус должности изменился на

более высокий — провизорский: должность заведующего складом была предложена провизору Леону Рафаиловичу Лиденбратену. Эту должность он занимал по 1907 год. В 1908 г. заведующим складом снова стал аптекарский помощник — Давид Михайлович Михалев.

Кроме того, установлено, что пермские провизоры участвовали в социально-благотворительной деятельности губернских организаций. Почетными членами Пермского губернского попечительства детских приютов были трое пермских провизоров: Василий Васильевич Кестер (в 1883 – 1887 гг.), Илья Афанасьевич Афанасьев (1887 г.); коллежский советник Эмилий Федорович Кестер (1893 г.).

В рамках государственной тюремной медицины в конце XIX века главной управляющей организацией являлся Пермский тюремный комитет, а в начале XX века – тюремное отделение губернского правления. В его подчинении находился Тюремный замок. Первое тюремное здание (следственный изолятор) было построено в 1783 году. В 1879-80 гг. к первому тюремному зданию постройки 1783 г. было достроено два каменных здания: прачечная и больница. При больнице стала работать аптека. Объем работы аптеки мог быть значительным — в тюремном замке могло помещаться до 300 человек арестантов, в период навигации действовали ещё 2 барака на 500 человек. В Адрес-календаре 1895 года единственный раз указываются данные управляющего аптекой при тюремной больнице - аптекарский помощник Александр Петрович Красильников (Адрес-календарь 1895:93).

В рамках военной медицины в Пермской губернии в период Первой мировой войны действовало управление пермского уездного военного начальника. Кроме того, в июле 1914 году был создан Пермский губернский земский комитет Всероссийского земского союза по оказанию помощи больным и раненым воинам. Комитет занимался организацией госпиталей. В их ведении находились функционировавшие в губернии военные госпитали. В 1914 году в г. Перми недалеко на перекрестке улиц Биармской и Покровской на месте Приходской площади была построена огромная по тем временам больница. В больнице имелось горячая и холодная вода, канализация, электрическое освещение, лифт. С началом Первой мировой войны в этом здании был открыт пермский местный лазарет с аптекой. В Адрес-календаре первоначально указано — управляющий аптекой лазарета — титулярный советник Владимир Георгиевич Семеновъ (неизвестно его образование), далее управляющим аптекой при лазарете называется провизор – Викентий Янович Маркс (Адрес-календарь 1914:17).

Полученные данные используются в экскурсионной работе музея ПГФА.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Адрес-календарь и памятная книжка Пермской губернии на 1895 г. Издание Пермского губернского статистического комитета. Пермь: Типолитография губернского правления. 1895 г. – 478 с.*
2. *Адрес-календарь и памятная книжка Пермской губернии на 1896 г. Пермь Издание Пермского губернского статистического комитета. Пермь: Типолитография Губернского правления. 1895. – 781 с.*
3. *Адрес-календарь и памятная книжка Пермской губернии на 1908 год. Пермь: Типолитография Пермского правления. 1908. - 319 с.*
4. *Адрес-календарь и памятная книжка Пермской губернии на 1911 год. Издание Пермского статистического комитета. Пермь: Типолитография пермского губернского правления. 1910.- 517 с.*
5. *Адрес-календарь и памятная книжка Пермской губернии на 1914 год. Издание секретаря Пермского статистического комитета Н.А. Иванова. Пермь: Типолитография пермского губернского правления. 1914.-660с.*
6. *Адрес-календарь и памятная книжка Пермской губернии на 1915 год. Издание Пермского статистического комитета под редакцией члена секретаря Д. Смышляева – Типография Н-ков П.Ф. каменскаго – 1914. - 694 с.*
7. *ГАПК Фонд № 143 «Врачебное отделение Пермского губернского правления», опись № 1. Дело № 752 («Прошение жены К.Ф. Боне от 26 июня 1913 года его Превосходительству, Господину Пермскому Губернатору об освидетельствовании в состоянии здоровья её мужа на предмет учреждения опеки»)*

РАЗВИТИЕ ЭКСКУРСИОННОЙ РАБОТЫ В МУЗЕЕ ПЕРМСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ АКАДЕМИИ

М.Н. Гурьянова, Е.С. Ворожцова

Пермская государственная фармацевтическая академия

DEVELOPMENT OF EXCURSION WORK IN THE MUSEUM OF PERM STATE PHARMACEUTICAL ACADEMY

M.N. Guryanova, E.S. Vorozhtsova

Perm State Pharmaceutical Academy

Аннотация: Статья отражает результаты деятельности музея ПГФА по разработке пешеходных и виртуальных методик экскурсий. Рассмотрены цели и структура разработанных экскурсий.

Ключевые слова: Экскурсионная работа, izi.travel, история фармации, адаптация, «Пермь фармацевтическая».

Abstract: The article reflects the results of the activity of the Museum of PPhA on the development of pedestrian and virtual excursions. The purposes and structures of the developed excursions are considered.

Key-words: Excursion work, izi.travel, history of pharmacy, adaptation, «Pharmaceutical Perm».

Город Пермь уже сто лет является столицей фармацевтического образования на Урале. Сегодня в стенах Пермской фармацевтической академии обучаются студенты из многих регионов РФ и зарубежья. Ежегодно в академию поступают более 80 % иногородних студентов, поэтому научиться ориентироваться в городском пространстве является актуальной задачей первых месяцев обучения в вузе.

Дисциплина «история фармации» изучается студентами в первом семестре 1 курса. Одна из задач дисциплины – адаптация первокурсников и введение в профессию. Безусловно, данная дисциплина неотрывно связана с историей развития фармацевтического дела в г. Перми, что не могло не привести преподавателей дисциплины и сотрудников музея ПГФА к созданию общего проекта, позволяющего адаптировать студентов не только к профессии, но и к городскому пространству.

Работа над проектом была разделена на несколько этапов. В рамках первого этапа реализации проекта специалистами музея и

преподавателями были разработаны экскурсии для студентов 1 курса по следующим направлениям:

1. Знакомство первокурсников с современными аптечными организациями;
2. Знакомство студентов с музеем редкой медицинской книги и медицинской библиотекой;
3. Знакомство с историческим центром города Перми и местами, связанными с историей фармации.

Для адаптации студентов 1 курса сотрудниками музея была разработана пешеходная экскурсия по историческому центру города Перми. При создании методики, маршрута и контрольных точек экскурсии специалисты базировались на следующих позициях:

1. Включение в маршрут объектов, характеризующих основные этапы развития основных направлений фармации Пермской губернии;
2. Возможность пройти экскурсию пешком или воспользоваться одним видом транспорта (был предложен трамвайный маршрут);
3. Ограниченность во времени.

После изучения выбранных контрольных точек, рассмотрения исторического материала, было принято решение разделить экскурсию на два маршрута, разделенных временными историческими рамками:

- маршрут «Пермская губерния в 1786-1917 гг.»;
- маршрут «Пермские фармацевты – вклад в Великую победу в Великой Отечественной войне».

Целью первого маршрута стало формирование понятийного аппарата студентов о нескольких направлениях фармации Пермской губернии: государственной, земской, церковной, заводской и военной. В основу информации, включенной в экскурсионный текст, легли результаты научных исследований специалистов музея ПГФА.

Уникальной чертой Урала является развитие заводской медицины и фармации, которая начинает формироваться во времена Петра Первого. Цель заводской медицины - оказание медицинской помощи служащим и рабочим многочисленных заводов Урала. Первой точкой маршрута «Пермская губерния в 1786-1917 гг.» является «Медико-санитарная часть № 4 (ГАУЗ ПК ГKB 4)». На месте современного комплекса зданий МСЧ № 4. В 1871-1880 годах здесь был построен казенный

госпиталь на 28 коек, обсуживающего рабочих Пермских Пушечных заводов поселка Мотовилиха. В 1910 г. было построено каменное здание больницы с аптекой. С 1911 года аптекарем аптеки Пушечных заводов числился титулярный советник Александр Адальбович Шлипер (Адрес-календарь 1912: 26). Весь рассказ сопровождается демонстрацией фотографий.

Государственная и земская медицина представлена четырьмя контрольными точками маршрута: микрорайон Разгуляй (место, где была построена первая аптека в городе); тюремный замок (в котором располагалась не только тюрьма, но и больница и аптека), первая городская аптека, открытая приказом общественного призрения, место, где находился дом провизоров Кестер, в нём жил управляющий аптекой Александровской больницы – Эмилий Федорович (Теодорович) Кестер (Спешилова 2003: 208).

Военная медицина представлена одной контрольной точкой: здание Городской клинической больницы № 2 им. Ф.Х. Граля. В 1914 году в данном здании был открыт местный военный лазарет, аптеку которого возглавил провизор – Викентий Янович Маркс (Адрес-календарь 1915: 17). Кроме того, данной точке соответствует рассказ о жизни и деятельности Федора Христофоровича Граля, его диссертации.

Церковная медицина представлена также одной контрольной точкой: здание Пермской духовной семинарии.

Недостатком данного направления экскурсионной деятельности музея является обязательное присутствие специалистов музея на каждой экскурсии. Высокая учебная нагрузка сотрудников музея делает невозможным проведение экскурсий для всех учебных групп первого курса. Поэтому в 2018 году было принято решение разработать интерактивную экскурсию. Такой вид экскурсии позволяет студентам пройти маршрут самостоятельно и соответствует навыкам современных студентов пользоваться гаджетами. Для разработки виртуальной экскурсии были применены следующие позиции:

1. Использование платформы izi.travel;
2. Сокращение числа контрольных точек экскурсии до 6-7, с целью уменьшения времени на прохождение маршрута.

Экскурсия, созданная на платформе izi.travel – получила название «Пермь фармацевтическая». Платформа izi.travel удачно используется многими музеями и хорошо зарекомендовала себя в экскурсионной работе. Платформа позиционирует себя как «новый способ почувствовать себя ближе к историческому и культурному наследию челове-

чества, создав глобальную, открытую и бесплатную систему для всех историй мира». Данная платформа позволила разместить информацию об исторических объектах, связанных с историей фармацевтического дела г. Перми в интернет-пространстве, с фиксированной геолокацией.

Платформа izi.travel позволяет не только создать маршрут, но и снабдить его всевозможными заданиями, аудио- или видеофайлами. Экскурсия «Пермь фармацевтическая» разработана в виде квеста. Каждая новая контрольная точка открывается после выполнения задания в предыдущей точке (либо как ответ на вопрос, либо как фиксация геоположения играющего).

Новый вариант экскурсии включает в себя 6 точек: губернская аптека, аптечный магазин, фабрика-лаборатория, главный корпус ПГФА и пр. Каждая контрольная точка сопровождается текстовым материалом со старой фотографией искомого места.

Для прохождения экскурсии-квеста студентам необходимо скачать на свои гаджеты мобильное приложение izi.travel, с помощью поиска найти необходимую экскурсию «Пермь фармацевтическая» и запустить ее. После запуска автоматически откроется первая контрольная точка, которую студентам необходимо найти в городе – «Пермская губернская аптека». Следующая точка на карте откроется в случае правильного ответа на вопрос квеста. Вся необходимая информация для ответа имеется в описании объекта. Третья точка на карте экскурсии откроется для студентов только в случае подтверждения их геолокации. Тем самым сотрудники музея стремились замотивировать студентов пройти по маршруту экскурсии, посвященной истории фармации города, а не просто прочитать текст в описаниях объектов.

Таким образом, созданный маршрут экскурсии-квеста занимает не более 1,5 часов и проходит по исторической части города Перми, что позволяет студентам сориентироваться в городской среде, получить ключевые знания по развитию фармации в городе, а также познакомиться с основными достопримечательностями Перми.

Сотрудники музея ПГФА считают, что данная экскурсия может быть интересна краеведческим организациям города, а также гостям города и фармацевтическим специалистам, интересующимся историей профессии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адрес-календарь и справочная книжка Пермской губернии 1912 год / издание Пермского губернского статистического комитета. – Пермь: типолитография Губернского правления. 1911. – 513 с.
2. Адрес-календарь и памятная книжка Пермской губернии на 1915 год / издание Пермского статистического комитета под редакцией члена-секретаря Д. Смышляева. – Пермь: Типография Н-ков П.Ф. Каменского. 1914. – 694 с.
3. Платформа izi.travel. – URL: <https://izi.travel/ru>
4. Спешилова Е. Старая Пермь. Дома. Улицы. Люди. 1723-1917. – Пермь: Издательство «Курсив». 2003. – 576 с.

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИЙ В ЗЕМСКОЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ КОНЦА XIX – НАЧАЛА XX ВЕКОВ (на материалах Саратовской губернии)

О.С. Киценко

Волгоградский государственный медицинский университет

TREATMENT AND PREVENTION OF CHILD INFECTIONS IN THE ZEMSTVO MEDICAL PRACTICE OF THE END OF THE XIX - THE BEGINNING OF THE XX CENTURIES (on materials of the Saratov province)

O.S. Kitsenko

Volgograd state medical university

Аннотация: На рубеже XIX-XX вв. земскими медиками была создана система профилактики и лечения детских инфекций, включавшая сбор сведений о заболеваемости и смертности, санитарно-просветительскую работу, сывороточное лечение.

Ключевые слова: Земская медицина, детские инфекции, заболеваемость, детская смертность, Саратовская губерния.

Abstract: At the turn of the XIX-XX centuries zemstvo doctors established a system of prevention and treatment of childhood infections,

including the collecting of information on morbidity and mortality, health education, and serum therapy.

Key-words: Zemstvo medicine, infant infections, morbidity, childhood mortality, Saratov province.

Детские инфекции (дифтерия, скарлатина, корь и др.) известны человечеству с глубокой древности. Первые сведения о них представлены в трактатах светил медицины античности и средневековья: Гиппократ, Цельс, Ар-Рази, Ибн Сины. В отличие от эпидемий чумы, холеры, тифов, наблюдавшихся время от времени, в особых условиях, детские инфекции были постоянным явлением сельской жизни.

Становление земской медицины в России стимулировало обращение врачебного сообщества к социальным причинам эпидемий. Работая в деревне, земский доктор имел возможность наблюдать условия жизни крестьянских детей, анализировать факторы распространения детских инфекций. Однако до второй половины 1880-х гг. в большинстве земских медицинских организаций приоритетной являлась лечебная работа.

Существенные изменения в борьбе с эпидемиями стали происходить во второй половине 1880-х гг., когда среди земской общественности и врачей приобрели популярность идеи массовой санитарно-профилактической работы как основного фактора профилактики инфекционных заболеваний. Были созданы губернские централизованные земские санитарные организации. В числе первых губерний, приступивших к созданию санитарной организации, была Саратовская губерния. В 1889 г. по ходатайству съезда врачей при губернской управе было открыто Санитарно-статистическое бюро, функции которого состояли в сборе и обработке статистических данных о заболеваемости и смертности (Петров, Киценко, 2017: 91). В уездах были учреждены коллегиальные санитарные советы. В 1891 г. Саратовское санитарно-статистическое бюро учредило регулярный выпуск журнала «Саратовский санитарный обзор», публиковавшего сведения о заболеваемости, научные и библиографические обзоры, материалы съездов врачей, постановления земских собраний.

В том же году в журнале «Саратовский санитарный обзор» появились первые заметки земских врачей о причинах и особенностях распространения детских инфекций в деревне. Так, земский врач Петровского уезда Н.А. Кушев опубликовал заметку об эпидемии дифтерии, унесшей жизни половины заболевших детей. Главным фактором высокой заболеваемости, по его мнению, были негра-

мотность крестьян и неприятие ими медицинской помощи: «Ввиду безразличия и апатии со стороны населения принимаемые меры мало приносят пользы, жители скрывают больных, почему и не все случаи известны медицинскому персоналу» (Саратовский санитарный обзор, 1891: 737). Это осложняло изоляцию больных и профилактику новых случаев. Дезинфекция помещений и личных вещей также часто отвергалась крестьянством. Профилактика дифтерии была затруднена, а лечение малоэффективно.

На основе отчетов земских врачей в первой половине 1890-х гг. Санитарно-статистическим бюро и уездными санитарными советами были выработаны организационные меры по предупреждению эпидемий детских инфекций. Так, было установлено правила о передаче сведений об инфекционных заболеваниях: минуя волостное управление, сведения доставлялись напрямую от сельской управы земскому врачу (ГАВО, ф. 294, оп. 1, д. 178, л. 391). В сельскую управу сведения поступали от учителей школ и священников. Сразу по извещении участковый врач направлялся в пораженное селение. В случае широкого распространения заболевания формировались специальные эпидемические отряды из штатного и временного персонала.

Санитарно-просветительская работа, которую возглавило Санитарное бюро, включала в себя раздачу (или продажу по закупочным ценам) медицинских принадлежностей и просветительской литературы (брошюры по уходу за детьми, кружки, соски), а также привлечение общественности к противоэпидемической работе. Последнее выразилось в создании санитарных попечительств, в которые входили земцы, представители сельской интеллигенции, духовенства, крестьянства – уважаемые и способные своим авторитетом повлиять на местное население (Киценко, Киценко 2015: 165). В задачи санитарных попечительств входило распространение гигиенических знаний и поддержка противоэпидемической работы.

В 1895 г. уездные управы направили волостным правлениям правила о предупреждении дифтерии и скарлатины в учебных заведениях, выработанные в Управлении Казанского учебного округа. Волостным правлениям было поручено распространить эти правила среди местного населения и принять меры к их исполнению. Правила обязывали родителей своевременно извещать руководство школ о заболевании ребенка, изолировать детей даже с незначительными недомоганиями, не допускать в школу детей, контактировавших с заболевшими. Также оговаривалась обязательность врачебного осмотра в начале и конце заболевания. Выздоровевшие дети перед отправкой

в школу должны были быть вымыты в бане или в ванне и одеты в чистое платье, личные вещи продезинфицированы. Правила для учащихся предусматривали ежедневную гигиену полости рта, мытье рук, ограничение контактов с детьми, больных «горловыми или заразными болезнями» (ГАВО, ф. 294, оп. 1, д. 178, л. 449).

На рубеже XIX-XX вв. в арсенале земских врачей появились первые средства специфической профилактики и лечения детских инфекций – лечебные сыворотки и вакцины. Во время эпидемии дифтерии 1894 г. Саратовское губернское земское собрание выделило 8 тыс. руб. на закупку противодифтерийной сыворотки (впервые полученной немецким бактериологом Э. Берингом в 1891 г.) (Губернские съезды 1903: 44). В дальнейшем противодифтерийная сыворотка стала широко использоваться, уездные земства ежегодно выделяли средства на ее закупку. Земские медики стали отмечать меньший размах эпидемий дифтерии: «Дифтерийные эпидемии, со времени широкого распространения дифтерийной сыворотки, всюду значительно ослабели и сами по себе являются менее злокачественными» (Тезяков 1909: 10). В 1900-х гг. в российской врачебной практике нашла применение противоскарлатинозная сыворотка, разработанная в 1902 г. австрийским педиатром П. Мозером. Уездные земства стали ежегодно выделять средства на ее закупку (ГАВО, ф. 3, оп. 1, д. 28, л. 9).

В начале XX в губернии была предпринята попытка вакцинопрофилактики скарлатины с помощью стрептококковой вакцины, разработанной проф. Г.Н. Габричевским. В 1908 г. вакциной Габричевского было привито 8349 детей. Однако губернский санитарный совет, рассмотрев данные о числе привитых и заболевших в отчетном году, посчитал массовую вакцинацию нецелесообразной. Было решено продолжить изучение вакцины «в лабораторной и клинической обстановке», поручив ее применение эпидемическим отрядам. В 1909 г. от губернского земства поступило 2797 флаконов вакцины в разные уезды губернии (Тезяков 1909: 22).

Таким образом, на рубеже XIX-XX вв. земскими медиками была создана система профилактики и лечения детских инфекций, включавшая сбор сведений о заболеваемости и смертности, анализ факторов заболеваемости, своевременное оповещение и мобилизацию медицинского персонала, санитарно-просветительскую работу, а также сывороточное лечение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Государственный архив Волгоградской области (ГАВО). Ф. 294. Оп. 1. Д. 178.
2. ГАВО. Ф. 3. Оп. 1. Д. 28.
3. Губернские съезды и совещания земских врачей и представителей земских управ с 1876 по 1894 гг. (свод постановлений). Саратов: Типография губернского земства, 1903. 88 с.
4. Киценко О.С., Киценко Р.Н. Становление земской санитарной организации во второй половине XIX – начале XX века (на материалах Саратовской губернии) // Вестник Пермского университета. Серия «История». 2015. Вып. 2 (29). С. 162-172.
5. Петров А.В., Киценко О.С. Земская санитарная статистика в конце XIX – начале XX вв. (на материалах Саратовской губернии) // История науки и техники. 2017. № 6. С. 88-99.
6. Саратовский санитарный обзор. 1891. № 1-5.
7. Тезяков Н.И. К вопросу о распространении эпидемий скарлатины, дифтерии и других и о мерах борьбы с ними в Саратовской губернии. Саратов: Типография губернского земства, 1909. 24 с.

КАДРОВОЕ И МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ «ПРИКАЗНОЙ МЕДИЦИНЫ» (ПО МАТЕРИАЛАМ ЯРОСЛАВСКОЙ ГУБЕРНИИ)

Е.М. Смирнова

Ярославский государственный медицинский университет

PERSONNEL AND MATERIAL SECURITY OF «PUBLIC CHARITY MEDICINE» (ON MATERIALS OF THE YAROSLAVL PROVINCE)

E.M. Smirnova,

Yaroslavl State Medical University

Аннотация: Статья посвящена вопросам кадрового и материального обеспечения больниц приказов общественного призрения на примере Ярославской губернии. В течение всего периода своего существования (1780–1865) лечебные учреждения испытывали острый недостаток средств и дефицит врачебных кадров, что явилось одной из основных причин ликвидации «приказного» здравоохранения.

Ключевые слова: Приказ общественного призрения, больница, лекарь, материальное и лекарственное обеспечение.

Abstract: The article is devoted to the personnel and material support of hospitals of public charity commissions on the example of the Yaroslavl province. During the entire period of the existence (1780 - 1865), medical institutions experienced an acute shortage of funds and medical personnel, which was one of the main reasons for the elimination of public charity health care.

Key-words: Public charity commission, hospital, physician, material and medicinal provision.

К настоящему времени отечественная историография располагает обобщающими исследованиями «приказной медицины» благодаря, в первую очередь, трудам специалистов ННИИ ОЗ (История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI – начало XX в.). 2014; Мирский М.Б. 2005). Вместе с тем, реконструкция исторической реальности предполагает изучение ее элементов на низшем уровне, каковыми, помимо прочих, являются учреждения здравоохранения. Выявление деталей – в данном случае кадрового и материального обеспечения «приказных» больниц – корректирует и дополняет представление о «приказной медицине» в целом. В статье предлагается микроисторический подход в рамках локальной истории – здравоохранения Ярославской губернии, типичного региона центральной России.

Приказы общественного призрения, на которые возлагалось устройство и содержание «богоугодных заведений» (больниц, «домов для сумасшедших», сиротских приютов, богаделен и др.), создавались в ходе губернской реформы 1775 г. В последние десятилетия XVIII в. началось больничное строительство в губернских городах и с начала XIX в. – в уездных.

В текст документа «Учреждения для Управления губерний Российской империи» 1775 г. вошло примерное Положение о больнице, ориентированное на крупные, прежде всего столичные, госпитали (Полное собрание законов Российской империи. Собрание первое (ПСЗРИ – 1). Т. XX 1830: 276-278). Положение определяло штаты административно-управленческого аппарата, медицинского персонала и «прочих служителей». Больницы должны были снабжаться мебелью, кухонным и прочим инвентарем, а больные обеспечиваться постелью, бельем и одеждой – по три смены на каждого – и двухразовым питанием. В Положении обстоятельно прописывались условия содержания больных. Рекомендовалось выделять 1/3 мест для женщин, оборудо-

вать собственную аптеку, подсобные помещения, а также заводить подсобное хозяйство (огород, скотный двор).

В провинции этим рекомендациям следовали в зависимости от местных условий и статуса больницы (губернская или уездная). Долгое время в больницах не было собственного медицинского персонала: в губернской больницах пользовались членами врачебной управы (губернской медицинской администрации), в уездных – уездный лекарь, и без того обремененный многочисленными обязанностями. Во время поездок лекаря по уезду в больницу его замещал старший лекарский ученик (с развитием системы фельдшерского образования лекарские ученики постепенно заменялись фельдшерами). Обслуживающий персонал больницы (надзиратели, «сидельники», кухарка, прачка, конюх и др.) – вольнонаемные из горожан или служащие местных инвалидных команд.

Вплоть до середины XIX в. российская провинция испытывала острый дефицит медицинских кадров. В Ярославской губернии, по данным на 1818 г., врачей не было в двух уездах из десяти. Еще хуже было положение в соседних губерниях: во Владимирской 6 уездов из 13 не имели врачей, в Костромской – 7 из 12, в Тверской – 3 из 12 (кроме того, вакантными были две из трех должностей членов врачебной управы) (Российский государственный исторический архив (РГИА). Ф. 1287. Оп. 11. Д. 1686: 329-330). Поэтому, как отмечали ревизоры Министерства внутренних дел, больные в лечебных учреждениях «бывают малопользуемы со стороны медицинских чиновников, в иных по несостоянию оных, а в иных других потому, что они заведывая двумя уездами и более не успевают преподавать страждущим в болезнях <...> пособия». Врач «столько занят по делам службы, что и постоянного места пребывания почти не имеет» (там же: 317 об., 332 об.). Собственные врачи в губернских больницах стали появляться в начале 1830-х гг. В частности, в 1831 г. был назначен «особый» врач в больницу Ярославского приказа. С увеличением коечной мощности больниц к середине XIX в. вводилась должность второго врача. С 1843 г. по распоряжению МВД в уездные города назначались городские врачи, которые заменили в больницах уездных лекарей (Сборник циркуляров и инструкций Министерства внутренних дел с учреждения министерства по 1 октября 1858 г. Т. 7. Ч. XIII 1858: 28-29).

Напомним, что на нужды каждого приказа при его учреждении Екатерина II единовременно выделяла 15 тыс. руб. Приказы при этом получили финансовую самостоятельность: могли приумножать капитал привлечением благотворительных средств и «законными» финансовыми (кредитно-залоговыми) операциями. Имелись и другие источники доходов: от коммерческих предприятий приказов, плата

за лечение в больнице, за погребение умерших, за содержание в богадельне отдельных категорий призываемых и др. На счет приказа перечислялись некоторые виды штрафов. По закону 1834 г. бесплатным стационарным лечением пользовались только неимущие, остальные вносили плату по таксе, ежегодно определяемой МВД: лечение больных «казенного звания» оплачивалось соответствующими военными и гражданскими ведомствами (Полное собрание законов Российской империи. Собрание второе (ПСЗРИ – 2). Т. IX. Ч. 1. 1835: 726-727). В 1863 г., например, плата составляла от 4 1/2 до 7 1/2 руб. в зависимости от региона (Устройство общественного призрения в России 1863: 24).

Приказы, таким образом, сосредоточили в своих руках значительные средства, причем оборотные капиталы приказов нередко значительно превышали их собственные. Собственный капитал Ярославского приказа уже к 1816 г. достиг 267 420 руб., оборотный – 692 840 руб., доходы составили 45.900 руб., а расходы на содержание всех учреждений приказа – 45.820 руб. (Сток А.Д. 1818: приложение № 3, б/с). Самым богатым был приказ Московской губернии с 661 020 руб. собственного и 1 547 970 руб. оборотного капитала (там же). Хозяйственный департамент МВД, которому подчинялись приказы с 1803 г. (до 1803 г. – Сенату), контролировал финансовую деятельность приказов и «богоугодных заведений». На их содержание разрешалось тратить только проценты с капиталов приказов и частных пожертвований. Лишь с разрешения министерства приказы могли осуществлять крупные проекты (ремонт, строительство), стоимость которых превышала 1 500 руб.

В непосредственном ведении приказов общественного призрения состояли только учреждения губернских городов, которые строились на собственные средства приказов или были учреждены благотворителями и переданы в его ведение. Приказ ведал хозяйственной частью этих учреждений (медицинская часть подчинялась врачебной управе). Больницы в уездных городах, как и другие заведения призрения, только числились по ведомству приказов, но их строительство, так же как ремонт и содержание финансировались городской казной. «Городовое положение» 1785 г. обязывало городские думы заботиться о развитии учреждений общественного призрения (ПСЗРИ – 1. Т. XXII 1830: 385). Врачебные управы требовали от городских дум отвести для больниц дома и обеспечить их всем необходимым. Больницы учреждались из расчета 1 койка на тысячу жителей. Затраты города при этом не регламентировались. Готовность местной администрации нести расходы зависела от степени осознания меры своей ответственности за состояние медицинского обслуживания населения и, разуме-

ются, финансовых возможностей. Они, как правило, были невелики. Обычно городские власти уклонялись от расходов по содержанию больниц. Типична ситуация, описанная ярославским губернатором кн. М.Н. Голицыным в письме министру внутренних дел гр. В.П. Кочубею (1804): «...обозревая губернию <...> нашел я в городах Рыбинске и Мологе больницы требующими лучшего устройства, внушал тамошним гражданам о каковом либо благотворительном по сим предметам содействии...» (РГИА. Ф. 1287. Оп. 11. Д. 226: 296).

В благотворительности принимали участие как сословные организации – дворянские собрания, городские общества (купечество), так и частные лица. В Ярославском крае первые крупные пожертвования были сделаны на строительство губернской больницы (открылась в 1780 г.): местный предприниматель И.И. Затрапезнов внес 1 тыс. руб., другие купцы «отдали невозвратно» 14 строений с землей стоимостью в 5 тыс. руб. (Государственный архив Ярославской области (ГАЯО). Ф. 83. Оп. 1. Д. 1: 1-2)

Подробные описания в Журнале записей осмотра больниц дают представление о лечебном учреждении уездного города Ярославской губернии начала XIX в. Больница обычно помещалась на окраине города в деревянном, иногда на каменном фундаменте, реже каменном (в гг. Романове, Мологе и Ростове) доме из двух-пяти комнат, принадлежащем городу или арендованном у частных лиц. В малоприспособленных, ветхих и тесных помещениях могли разместиться до 10 – 15 больных и аптека. При больнице обычно строились кухня, кладовка, погреб, чулан, баня, иногда квартира для лекаря (ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 65). Больница в г. Мышкине располагала лишь двумя комнатами. Одна предназначалась для больных (до 6 человек), в другой в специальном шкафу хранились лекарства и «ученик при оных живет, бани и других построек не имеется белье по 6 штук, посуды никакой» (ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 28: 9). Лекари часто жаловались на нехватку мебели и инвентаря («кровати без прибора»). Рыбинский лекарь сообщал, что «не только платья и постелей недостаточно, но и помещаться <...> негде, а лежали [больные – Е.С.] на голом полу в разодранном своем платье, которое наполнено вшами и нечистотой» (там же: 3 об.). Историк медицины М.Ю. Лахтин так описывал «приказные» больницы: «Очень многие больничные помещения были почти совершенно лишены света, последний нередко проникал в них сквозь узкие, покрытые грязью и плесенью, никогда не отворявшиеся окна. Пол земляной или гнилой деревянный, нередко ниже уровня земли. Отхожих мест, приспособлений для умывания рук и лица не было. Постельное и носильное белье представляло собой кишачие насекомыми лохмотья...» (Лахтин М.Ю. 1902: 112).

Лучше были оборудованы больницы, построенные благотворителями. В Мологе откупщик Казанин передал приказу двухэтажный каменный дом с покоями на 15 кроватей и отдельными помещениями для аптеки и лекарских учеников. В двух каменных флигелях располагались баня, кухня, чулан, погреб (ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 65: 2). В Рыбинске купец Попов на собственные средства выстроил для больницы деревянный дом на 70 человек с флигелями, где размещались аптека, кухня, баня и квартира для лекаря (там же). Труды обоих благотворителей – Казанина и Попова – были отмечены правительством золотыми медалями «За усердную службу».

Немудрёный инвентарь наиболее обеспеченной в материальном отношении уездной больницы г. Ростова на 10 мест состоял из 10 кроватей «с прибором»: тюфяками, подушками и суконными одеялами, постельными принадлежностями (по 30 простынь в 3 и 4 полотнища и 5 полотенец); одежды для больных (по три смены рубах, панталон и колпаков, двух смен халатов и чулок и 10 пар туфель, один овчинный тулуп, шапка-ушанка и одна пара сапог). Из кухонного инвентаря имелась железная плита, ухват, сито и топор. Посуда – 10 глиняных горшков, 7 деревянных блюд, 2 деревянные чашки, 2 стакана и 10 деревянных ложек (ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 28: 12).

По распоряжению Ярославского губернского правления, на продовольствие выделялось по 50 коп. в день на человека (ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 246: 15). В больничный рацион входили хлеб – 2 фунта в день, мясо – 1 фунт в день (в постные дни мясо заменялось рыбой), а также крупы, капуста, квас, летом – зелень. Для диетического питания полагался белый хлеб, курятина, овсяная мука, мед. Однако обеспечение продуктами представляло собой проблему, что было причиной постоянных обращений врачей во врачебную управу. В начале 1800-х гг. лекарь г. Пошехонье неоднократно жаловался, что «нужных вещей для больных по требованиям его от [городской – Е.С.] думы не доставляется, <...> хлеб и харч на больных получается с крайней нуждою и с хлопотами...» (ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 10: 358). В 1819 г., затем в 1820 г. лекарь г. Любима рапортовал «о несоответственном положению отпуске градскою думою в тамошнюю больницу пищи и прочих веществ» (ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 264: 3). В 1832 г. врач из Углича жаловался на обиды, наносимые городничим «за ревностью им требования вещей необходимых для больных» (ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 500: 80об.). В 1849 г. управа напоминала лекарям об обязанности «иметь наблюдение за доброю съестных припасов и за доставлением всего по табели для больных положенного» (ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 1148: 14об.-15).

Вопросы лекарственного обеспечения решались в зависимости от финансовых возможностей лечебных учреждений. «Приказные» больницы Ярославской губернии обеспечивались лекарствами из Московской Главной аптеки (казенная аптека, которая выполняла роль центрального аптечного склада) по утвержденным каталогам. МВД утверждало каталоги лекарственных средств, руководствуясь, прежде всего, соображениями экономии. Действовало три каталога: для гражданских лиц – наиболее полный, для военных чинов – содержал вдвое меньше лекарств, чем гражданский, и каталог для арестантов. Единый каталог лекарств МВД ввело только в 1846 г. Врач поневоле вынужден был назначать лечение, исходя не из медицинских показаний, а из ведомственной принадлежности больного. При отсутствии казенных препаратов врачи имели право заказывать лекарства в частной аптеке по специальному разрешению врачебной управы. В таких случаях объемы закупок и затраты контролировались особенно жестко.

Дорогие лекарства не дозволялись. Когда в 1844 г. рыбинский лекарь выписал для лечения бурлаков дорогостоящие пиявки, и городская дума (она оплачивала лечение бурлаков) пожаловалась губернатору И.А. Баратынскому (кстати, брату известного поэта Е.А. Баратынского), то губернатор напомнил врачебной управе, что «на содержание больных гражданских чинов установлена весьма умеренная <...> плата» и предписал для «сокращения градских расходов» покупать только такие лекарства, «которые не могут быть составлены в самой больнице», в остальных случаях приобретать лекарственное сырье в москательных лавках (где их качество не контролировалось!) и «приготавливать лекарства через фельдшеров под наблюдением врачей» (ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 692: 95-95 об., 176). Дело в том, что по штатному расписанию в больницах уездных и даже губернских городов «фармацевтики» не полагались. Лекарства, не требовавшие сложной технологии, готовили либо врачи, либо лекарские ученики/фельдшера. Под аптеку отводилась небольшая комната, которая одновременно могла служить жильем для лекарских учеников, отвечавших за сохранность лекарств. Представление о больничной аптеке дает запись инспектора управы, сделанная после ревизии больницы в Романово-Борисоглебске в 1844 г.: комната «так мала, что едва вмещает один шкаф с лекарственными материалами, в ней почти совсем нельзя приготавливать лекарств...» (там же: 183 об.).

В целях экономии некоторые виды лекарственного сырья и материалов закупались на месте: воск, смола, камфара, сера, клюква, льняное масло и семя, красное и «простое» вино, уксус, хлебный спирт, коровье масло, гусиное и свиное сало, куриные яйца, ячмень

и т. п., а также продукты для тяжелобольных: молоко, белый хлеб и другие (ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 284: 10б.-2). На эти цели в больницах оставались «медикаментные деньги» – ежегодные удержания из жалования военных и гражданских служащих в размере 1% (по указу 1764 г., подтверждавшему указы 1722, 1723 и 1724 гг.). Эти суммы были невелики. В 1802 г., например, они составили по 5 руб. 16 коп. для больниц уездных городов и 20 руб. – для ярославской губернской больницы. Израсходовали же по губернии лишь 22 руб. 10 коп., причем половина этой суммы пришлось на Ярославль (ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 46: 33, 46). Кроме того, на больницы ложилась обязанность разводить «ботанические огороды». Особое внимание уделялось выращиванию ревеня, сведения о посадках и сборе ревеня в обязательном порядке включались в больничные отчеты. В лечебной практике использовались простейшие средства. Лихорадки лечили кровопусканиями, «прохладительной пищей» и «легко-кислым питьем». При «нервной горячке» назначалась диета (овсяная каша, овсяный кисель, печеное яблоко, вода с квасом или уксусом), обтирания с уксусом, горчичники, внутрь рекомендовался прием «хлороводы» (ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 1154: 4-4об.).

Сэкономленные на лекарствах деньги разрешалось использовать на приобретение медицинской литературы и инструментов. При больницах создавались небольшие библиотеки. Фонды библиотек пополнялись на средства, которые, по указанию МВД, выделялись из губернского бюджета (Сборник циркуляров и инструкций Министерства внутренних дел с учреждения министерства по 1 октября 1858 г. Т. 7. 1858: 34-35), газету «Друг здравия» и официальные издания МВД высылали бесплатно.

Медицинскими инструментами больницы снабжались за счет казны, но их количество и ассортимент были недостаточны. Полным набором хирургических инструментов уездные врачи и даже врачебная управа не располагала – они стоили дорого. Врачи могли заказать или приобрести имевшиеся во врачебной управе для свободной продажи хирургические и акушерские инструменты, средства ухода за больными за свой счет. В 1830-е гг. управа предлагала для продажи фельдшерский набор – 28 руб. 75 коп., фельдшерский набор карманный с хирургическими инструментами, шниперами (ножами для кровопускания) и ланцетами – 31 руб. 50 коп., набор хирургических инструментов для вскрытия – 9 руб. 20 коп., ланцет оспопрививательный – 2 руб. 30 коп., ланцет кровопускательный – 1 руб. 72 1/2 коп., скальпель для вскрытия – 5 руб. 75 коп., шнипер – 9 руб. 20 коп., маточные кольца – 5 руб. 75 коп. (ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 512: 7 об.-8) (для сравнения: оклад уездного лекаря в этот период составлял 500 руб. в год).

В 1836 г. МВД приняло решение снабдить каждую губернию полным набором хирургических инструментов, который передавался на хранение врачебной управе, а уездных лекарей – анатомическим набором. Теперь врач мог получить необходимые инструменты, но должен был обращаться за ними в губернский центр. К примеру, в 1862 г. лекарь из Романова-Борисоглебска просил управу прислать ампутационный нож и пилу, так как «хирургические инструменты, имеющиеся при городской больнице, негодны» (ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 2129: 321об.-322).

В ежегодных отчетах врачебной управы преобладали негативные оценки состояния «приказных» больниц. Заглянем в отчеты за 1840-е – 1850-е гг.: в них записи о серьезных недочетах. В Любиме, Мологе – ветхие больничные строения, недостаток в снабжении одеждой, инвентарем и инструментами; романово-борисоглебская больница испытывает «в вещах большой недостаток» (ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 648: 53-55 об.). В даниловской больнице «самонужнейших инструментов, особенно для ампутаций и акушерских», не имеется (ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 692: 232 об.). В Угличе больница расположена в тесном и неудобном доме, нет бани, женской палаты (ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 718: 12-12 об.). Больница в Пошехонье тесная, расположена на втором этаже дома, в нижнем этаже – постоянный двор (ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 1154: 14 об.-15) и т. д. Ярославская губернская больница «мала, комнаты низки и дурно освежаются. Богадельня ветха <...> умаленные помещаются под больницей <...> Больница <...> нуждается в белье, одежде, обуви, мебели и прочих необходимых предметах...». По необходимости в одном отделении размещались чесоточные, венерические, хронические больные и богадельщики. Не было женских палат. Не хватало медицинского персонала. В ярославскую больницу приходилось откомандировывать лекарьских учеников из уездных лечебниц, обостряя и без того сложную ситуацию в глубинке (ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 488: 28 об.; Д. 648: 53-53 об.) На содержание губернской больницы в 1841 г. затратили всего 414 руб. 77 коп. В ходе проверки обнаружались серьезные недостатки в хозяйственной деятельности заведения (РГИА. Ф. 1287. Оп. 12. Д. 1767: 2-3, 41-44, 47).

МВД обращало внимание на состояние «приказной» медицины в провинции. Еще в 1834 г. после осмотра медицинских учреждений в ряде губерний министр гр. Д.Н. Блудов признавал: «Я не мог не удостоверить как в том, что нельзя сих больниц оставить в их нынешнем положении <...> так равно и в невозможности завести ныне же во всех городах новые, хорошие больницы с приличными штатами и с назначением достаточных сумм для содержания их в таком виде. Сей расход

долженствовал бы простираться до нескольких миллионов...» (Сборник циркуляров и инструкций Министерства внутренних дел с учреждения министерства по 1 октября 1858 г. Т. 6. 1858: 558). Миллионов для больниц не было. Правительство пошло по пути административных преобразований. В 1851 г. был введен Устав лечебных заведений гражданского ведомства (ПСЗРИ – 2. Т. XXXVII. Ч. 2. 1862: 3-18). Больницы изымались из ведения городских дум и переподчинялись приказам общественного призрения. Забота о привлечении средств и благоустройстве больницы ложилась на плечи попечителя. Для управления больницей создавался совет. Все хозяйственные вопросы, включая кадровый, финансовый, лекарственный и продовольственный обеспечение, решала подчиненная совету контора. Устав определял штаты медицинского персонала больницы: старший врач, выполнявший также обязанности директора учреждения, ординаторы – один на 30 больных и фельдшера. Предусматривалось снабжение лекарствами по контракту из частной аптеки, в случае ее отсутствия больнице рекомендовалось учреждение собственной.

Как показало время, реорганизация не дала положительной динамики. Больничное хозяйство приказа общественного призрения к началу 1860-х гг. пришло в упадок. Проблемы носили хронический характер, самая острая – недостаток средств. Наглядное представление о бедности «приказного» здравоохранения дает опись казенного имущества, составленная уездным врачом г. Романов-Борисоглебск в 1864 г. при передаче дел своему преемнику, которую мы приводим полностью: «1) анатомический ящик уездного врача в кожаном чехле со всем прибором – 1; 2) печать уездного врача – 1; 3) все дела уездного врача с 1854 по 1864 год» (ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 2393: 13). Стоимость содержания одного человека в больницах Ярославской губернии в начале 1860-х гг. составляла, в среднем, 45 ½ коп. в сутки, в Ярославле же – 28 коп. (РГИА. Ф. 1287. Оп. 18. Д. 106: 90б.-10, 270б.-31), а в среднем по России – 44 ¾ коп. (Мушинский К.А. 1862: 27).

Высокопоставленный чиновник МВД Н.В. Варадинов писал о «приказных» больницах: «Скудость средств, врачебных и денежных, а также недостаток врачей составляли причину неудовлетворительного состояния этих лечебниц» (Варадинов Н. 1862: 212). А в «дурно устроенные больницы», отмечала демократическая «Московская медицинская газета», неохотно идут и горожане, и сельские жители, «только одна бедность или совершенная невозможность исцелиться на дому в состоянии принудить их к этому» (Московская медицинская газета. 1862. № 30: 178). Недостаток материальных ресурсов, квалифицированных кадров наряду с возросшими требованиями общества к уровню

организации здравоохранения привели к преобразованию «медицинской части» в ходе Великих реформ Александра II.

ЛИТЕРАТУРА

1. Варадинов Н. История Министерства внутренних дел. Ч. 3. Кн. 4. СПб., 1862. 224 с.
2. Государственный архив Ярославской области (ГАЯО). Ф. 83. Оп. 1. Д. 1.
3. ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 10, 28, 46, 65, 246, 264, 284, 488, 500, 512, 648, 692, 718, 1148, 1154, 2393.
4. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI – начало XX в.). Под ред. акад. РАМН Р.У. Хабриева. М., 2014. 248 с.
5. Лахтин М. Этюды по истории медицины. М., 1902. 191 с.
6. Мирский М.Б. Медицина России X – XX веков. Очерки истории. М., 2005. 632 с.
7. Московская медицинская газета. 1862. № 30.
8. Мушинский К.А. Устройство общественного призрения в России. СПб., 1862. 64 с.
9. Полное собрание законов Российской империи. Собрание первое (ПСЗРИ – 1). Т. XX. СПб., 1830. № 14392.
10. ПСЗРИ – 1. Т. XXII. СПб., 1830. № 16188.
11. Полное собрание законов Российской империи. Собрание второе (ПСЗРИ – 2). Т. IX. Ч. 1. СПб., 1835. № 7273.
12. ПСЗРИ – 2. Т. XXXVII. Ч. 2. СПб., 1862. № 24781а.
13. Российский государственный исторический архив (РГИА). Ф. 1287. Оп. 11. Д. 226, 1686.
14. РГИА. Ф. 1287. Оп. 12. Д. 1767.
15. РГИА. Ф. 1287. Оп. 18. Д. 15, 106.
16. Сборник циркуляров и инструкций Министерства внутренних дел с учреждения министерства по 1 октября 1858 г. Т. 6. Приказ общественного призрения. СПб., 1858. 257 с.
17. Сборник циркуляров и инструкций Министерства внутренних дел с учреждения министерства по 1 октября 1858 г. Т. 7. Часть врачебная. СПб., 1858. 315 с.
18. Стог А.Д. О общественном призрении в России. СПб., 1818. Ч. I. 114 с.

19. Устройство общественного призрения в России // Государственный Совет. Департамент Законов. Материалы. Т. 25. Часть 2 (1863). Д. 5. СПб., 1863. 56 с.

К ВОПРОСУ ОБ ОТКРЫТИИ ПЕРВЫХ КАФЕДР В СТАВРОПОЛЬСКОМ (ВОРОШИЛОВСКОМ) МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ

Р.С. Спевак

Ставропольский государственный медицинский университет

ON THE QUESTION OF OPENING THE FIRST CHAIRS IN STAVROPOLSKY (VOROSHILOVSK) MEDICAL INSTITUTE

R.S. Spevak

Stavropol State Medical University

Аннотация: Статья посвящена устранению противоречий в вопросе времени создания отдельных кафедр Ставропольского государственного медицинского института в период его становления.

Ключевые слова: Ставропольский (Ворошиловский) медицинский институт, история высшего медицинского образования.

Abstract: The article is devoted to the elimination of contradictions in the issue of the creation of individual departments of the Stavropol State Medical Institute in the period of its formation.

Key-words: Stavropol (Voroshilovsky) Medical Institute, history of higher medical education.

Развитию Ставропольского государственного медицинского института посвящено немало трудов. В 2008 и в 2013 годах издавались коллективные труды по истории вуза (Минаев 2008, Муравьева 2013). Становлению высшего медицинского образования на Северном Кавказе и научной работе в Ставропольском медицинском институте были посвящены отдельные исследования историков (Карташев 2018; 2014). Ряд публикаций, посвященных истории кафедр, например, госпитальной хирургии (Вафин 2003), оториноларингологии (Кошель 2008) и др.

Несмотря на такой интерес к истории вуза, остаются спорные вопросы, касающиеся момента создания первых клинических кафедр.

Эта неоднозначность обусловлена тем, что период становления вуза стал одним из наиболее трудных в его истории, поскольку он сопровождался высокой текучестью кадров, связанных с уходом на фронт и гибелью в тылу профессорско-преподавательского состава. Кроме того, многие документа вуза были утрачены во время оккупации города немецко-фашистскими захватчиками.

Первое противоречие, встречающееся в литературе, касается кафедры анатомии, которая, по мнению авторов (Минаев 2008: 80), была создана 25 мая 1937 года, когда правительство приняло решение об открытии института. Однако документы из фондов Государственного архива Ставропольского края свидетельствуют, что институт был открыт в сентябре 1938 года. В данном случае мы видим, что принятие решения об организации вуза авторы выдают за дату его открытия и организации своего структурного подразделения. (ГАСК. Ф. Р-2431. Д. 301).

О пропедевтике внутренних болезней в том же издании сообщается, что она «...как отдельная дисциплина преподавалась в составе кафедры внутренних болезней. Начальный этап развития кафедры пропедевтики внутренних болезней связан с именем В.Г. Вогралика, который руководил кафедрой с 1945 по 1947 год». Данный факт не соответствует действительности, так как согласно штатному расписанию преподавательского состава на 15.10.1940 год, она уже значится, а первым руководителем этой кафедры был профессор Д.Ф. Окунев. Авторам стоило бы уточнить, что с возобновлением работы института после оккупации города должность заведующего кафедрой в течение года оставалась вакантной.

Представители другого коллектива утверждают, что, «датой образования кафедры факультетской терапии, можно считать 1941 г., когда начал функционировать лечебный факультет института» (Минаев 2008: 91). В данном случае налицо ошибка с датой открытия факультета, который возник одновременно с вузом в сентябре 1938 года. К сожалению, авторы пишут о том, что «инициалы проф. Шварцмана не удалось найти», что свидетельствует о недостаточно тщательном исследовании ими истории своей кафедры. В списках профессорско-преподавательского состава Ворошиловского медицинского института, хранящихся в архиве университета можно найти не только имя и отчество профессора Шварцмана, но и год его рождения, год окончания учебного заведения, педагогический стаж, место последней работы и проч.

О кафедре внутренних болезней №1 (госпитальной терапии) в том же издании сообщается, что она была основана в 1940 году, «документы о работе кафедры, и о том, кто возглавлял её до оккупации, утрачены» (Минаев 2008: 86). Однако в списках преподавательского

состава института за 1940 год такой кафедры нет (АСтГМУ. Ф. Р-2431. Д. 54). Оно и понятно, так как её открытие намечалось на лето 1942 года, когда студенты первого набора должны были перейти на 5 курс. Однако война внесла свои коррективы: при слиянии Ворошиловского и Днепропетровского медицинских институтов в штатном расписании вуза появилась кафедра госпитальной терапии. Это был коллектив, приехавший из Днепропетровска, во главе с профессором И.С. Слущким.

Еще одно заблуждение содержит в себе статья об истории кафедры госпитальной хирургии. Оно заключается в том, что, по мнению авторов, «впервые была организована кафедра госпитальной хирургии, её заведующим был назначен и утвержден 20 октября 1943 года П.М. Ковалевский, который до этого заведовал одновременно кафедрами общей хирургии и оперативной хирургии» (Вафин 2003:12). На самом деле, кафедра госпитальной хирургии появилась в штатном расписании института также с приездом в Ставрополь Днепропетровского медицинского института в августе 1941 года. Ее первым заведующим был профессор Б.Г. Векснер, а преподавателями – профессор А.Б. Френкель и ассистент А.А. Брун. После гибели профессора А.Б. Френкеля (его имя выбито на памятнике погибшим во время оккупации во дворе института) и отъезда в Днепропетровск остальных членов коллектива кафедру в октябре 1943 года действительно возглавил профессор П.М. Ковалевский, руководивший до этого кафедрой общей хирургии. Его приход на это место можно символично считать моментом рождения, или, точнее сказать, возрождения кафедры госпитальной хирургии, так как этот человек отработал в этой должности двадцать лет и воспитал плеяду первых ученых-хирургов на Ставрополье. (АСтГМУ. Ф. Р-2431. Д. 8).

Примерно также обстоит дело с историей возникновения и ряда других кафедр. Так, о моменте создания кафедры патологической физиологии и ее первом руководителе вообще не упоминается, а летоисчисление кафедры офтальмологии (тогда – глазных болезней) берет начало с 29 января 1943 года, когда институт возобновил свою работу после оккупации, первым заведующим кафедрой называется профессор Н.М. Павлов (Минаев 2008: 99, 127). Однако, согласно архивным данным, первым заведующим кафедрой патологической физиологии, образованной в 1940 году, был доцент М.П. Деревягин, а с 31 августа 1941 года кафедрой заведовал профессор Ф.М. Бриккер из Днепропетровска, погибший позже в Ставрополе во время оккупации. Первым заведующим кафедрой глазных болезней, возникшей в 1941 году, был профессор Я.Г. Замковский прибывший по эвакуации из Киевского медицинского института.

Подобного рода ошибку делает коллектив кафедры общественного здоровья и здравоохранения (тогда – социальной гигиены), утверждая, что открытие «собственной» кафедры состоялось 1 октября 1944 года. В то время как документы гласят, что эта кафедра также образована 31 августа 1941 года, а ее первым заведующим был профессор Б.М. Шкляр из Днепрпетровска. Также в 1941, а не в 1942 году начала работу кафедра инфекционных болезней (Минаев 2008:151, 160).

Таким образом, можно констатировать, что неточность сведений, касающихся истории создания кафедр Ставропольского медицинского института объясняется недостаточно глубоким изучением прошлого своих подразделений коллективами кафедр на протяжении ряда десятилетий, игнорированием архивных источников, попыткой обойтись исключительно кафедральной документацией. В основном замалчивается этап развития вуза, связанный с периодом Великой Отечественной войны, когда вновь открытые в институте кафедры в основном состояли из представителей других вузов страны, временно находившихся в его стенах. В этом просматривается отношение к этим людям, как к специалистам, не оставившим значительного следа в истории института. Однако неоспорим тот факт, что эти люди внесли свой вклад в подготовку первых выпускников Ставропольского медицинского института – врачей военного времени, получивших дипломы в 1942, 1944 и 1945 годы (Спевак 2015) Уже одно это говорит о том, что мы должны помнить их имена и знать, когда они начали свою деятельность на Ставрополье.

ЛИТЕРАТУРА

1. Становление высшего медицинского образования на Северном Кавказе (1915-1945) – авт.: А. В. Карташев, Р. С. Спевак, Е. К. Склярова, О. Н. Камалова; под ред. В.И. Кошель. – Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2017. – 192 с.
2. Ставропольская государственная медицинская академия. (Итоги пройденного пути и перспективы развития 1938-2008 гг.) / под. ред. Б. Д. Минаева / Ставрополь: ООО «Искра», 2008. – 396 с.
3. Архив Ставропольского государственного медицинского университета Ф. Р-2431, оп. 1, д. 52, л. 1-2. «Список профессорско-преподавательского состава Ставропольского (Ворошиловского) государственного медицинского института на 15.10.1940»
4. Спевак, Р.С., Курьянов, А.К. Роль Днепрпетровского государственного медицинского института в становлении высшего медицинского образования на Ставрополье // Пути научно-

технического и экономического развития в современных условиях: проблемы и перспективы / Материалы международной научно-практической конференции. Сер. «Научный вестник» 2015. – С. 197-204.

5. Архив СтГМУ. Ф. Р-2431, оп. 2, д. 8, лл. 182-188. Приказы по ВГМИ за 1941 год.
6. Ставропольский медицинский: с памятью о прошлом, с верой в будущее / под общ. ред. В.Н. Муравьевой – Ставрополь: СтГМУ, 2013. – 352 с.
7. Вафин, А.З. Краткая история кафедры госпитальной хирургии ставропольской государственной медицинской академии (1943 – 2003 гг.) // 60 лет кафедре госпитальной хирургии Ставропольской государственной медицинской академии / Материалы научно-практической конференции Ассоциации врачей хирургического профиля Ставропольского края. – Ставрополь. Изд.: СтГМА. 2003. – С. 12.
8. Карташев А.В., Щетинин Е.В. Ставропольский медицинский: история науки: монография /А.В. Карташев, Е.В. Щетинин. – Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2014. – 164 с.
9. История создания и развития кафедры оториноларингологии Ставропольской государственной медицинской академии / В. И. Кошель, Н. В. Махлиновская, Г. К. Кржечковская, Е. А. Приходько // Российская оториноларингология. – 2008. – № 51. – С. 29-32.
10. Пашков К.А., Чиж Н.В. По пути систематизации // Музей. 2014. № 10. С. 54-55.
11. Пашков К.А., Саблина Н.А. Практикум по истории Отечества и истории медицины. – М.: МГМСУ, 2008.

ВЫДАЮЩИЕСЯ ДЕЯТЕЛИ МЕДИЦИНЫ XIX – XX ВВ.

КИЕВСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ШКОЛА АКАДЕМИКА Ф.Г. ЯНОВСКОГО

В.И. Бородулин, К.К. Васильев

Национальный НИИ общественного здоровья

им. Н.А. Семашко, Россия

Одесский национальный медицинский университет, Украина

KYIV CLINICAL SCHOOL OF ACADEMIC F.G. YANOVSKY

V.I. Borodulin, K.K. Vasiliyev

N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Russia

Odessa National Medical University, Ukraine

Аннотация: Сделана первая попытка определить главных представителей научной клинической школы Ф.Г. Яновского (1860–1928), а также осветить основные вехи их жизни и направления научной деятельности. Дана общая характеристика школы Яновского. Показано, что основными в школе являются 6 учеников (имена указаны в хронологическом порядке): А.Ф. Каковский (1871–1953), В.В. Виноградов (1876–1927), А.М. Зюков (1886–1953), В.Н. Иванов (1892–1962), В.Х. Василенко (1897–1987) и Б.Е. Вотчал (1897–1971). Другие представители школы Яновского (имена даны в алфавитном порядке): И.В. Базилевич (1899–1965), А.Б. Бернштейн (1876–1934), Ф.Я. Примак (1899–1981), В.Е. Ставраки (1877–1932), Б.С. Шкляр (1896–1961), В.Н. Яновский (1889–1950).

Ключевые слова: Клиника внутренних болезней в России; Университет св. Владимира (Киев); научные терапевтические школы; ученики Ф.Г. Яновского.

Abstract: The first attempt was made to determine main representatives of F.G. Yanovsky's scientific clinical school, as well as to highlight main milestones of their lives and directions of scientific activity. It is established that the school had 6 main pupils (their names are listed in chronological order): A.F. Kakovsky (1871-1953), V.V. Vinogradov (1876-1927), A.M. Zyukov (1886-1953), V.N. Ivanov (1892-1962), V.Kh. Vasilenko (1897-1987) and B.E. Votchal (1897-1971). Other representatives of Yanovsky's school

were (the names are given in an alphabetical order): I.V. Bazilevich (1899-1965), A.B. Bernstein (1876-1934), F.Ya. Primak (1899-1981), V.E. Stavradi (1877-1932), B.S. Shklyar (1896-1961), V.N. Yanovsky (1889-1950).

Key-words: Clinic of internal diseases in Russia; University of St. Vladimir (Kiev); scientific therapeutic schools; pupils of F.G. Yanovsky.

Во многих терапевтических и историко-медицинских литературных источниках фигурирует киевская клиническая школа Ф.Г. Яновского, однако разные авторы вкладывают в это понятие неоднозначный смысл. Для одних он «создал оригинальную школу и вместе со своими учениками внес много ценного в советскую медицину» [1]. Другие объединяют школу Ф.Г. Яновского со школой В.П. Образцова и даже со школой Н.Д. Стражеско в гипотетическую единую «киевскую терапевтическую школу» [2]. При соблюдении методических требований в подходе к изучению проблемы научных клинических школ [3], совершенно очевидно, что для последней точки зрения нет никаких научных оснований.

Два самых выдающихся профессора-терапевта в Университете св. Владимира В.П. Образцов и Ф.Г. Яновский, разумеется, развивали естественнонаучное, функциональное («боткинское») направление развития клинической медицины, но при этом они были не только людьми очень разного склада, но и столь же по-разному относились к принципиальным вопросам врачевания. Если для Образцова идеалом врача служил часовых дел мастер — открывает часы и, пользуясь лупой, заменяет испортившееся колесико, то Яновский видел свою прямую задачу не только в уточненной диагностике, но в равной мере — как врач-лечебник, врач-профилактик, который в каждом случае должен чем-то помочь больному, хотя бы советом и участием.

Ученик В.П. Образцова Л.Б. Бухштаб в середине 1890-х годов работал у него в терапевтическом отделении Александровской больницы. По его воспоминаниям, во время отпуска Образцова заведование отделением брал на себя Ф.Г. Яновский, уже составивший себе имя как прекрасный терапевт с большой частной практикой. Каждый его приход приносил врачебной молодежи много нового. Все привыкли к глубокому диагностическому интересу и мастерству великого врача-естествоиспытателя, каким был Образцов, привыкли и к его несколько скептическому отношению к возможностям и деталям терапии. Поэтому врачи иногда удивлялись особой заинтересованности Яновского именно вопросами лечения. Он не только приглядывался к каждому симптому, но и прислушивался к каждой жалобе больного и пытался облегчить его состояние, избавить его от лишнего страдания

с помощью какого-нибудь симптоматического средства. К этому его побуждал гуманистический склад его личности [4].

Ученик Феофила Гавриловича - его однофамилец и первый биограф В.Н.Яновский отмечал, что в области терапии внутренних болезней Образцов был нигилист, и студенты на его лекциях почти никогда не слышали о лечении рассматриваемой болезни. А на лекциях Яновского непременно присутствовал большой раздел терапии; он тщательно обдумывал и критически проверял возможности лечения каждого заболевания, базируясь на собственном клиническом опыте [5]. Характерно, что свою вступительную лекцию в госпитальной терапевтической клинике Новороссийского университета Ф.Г.Яновский посвятил изложению методов лечения внутренних болезней: «Порой приходится мыслить, будто внутренние болезни либо излечиваются и без лекарств, либо остаются неизлечимыми несмотря на лекарства... Я хочу сказать вам твердо и уверенно: нет! Такое впечатление ошибочно и зависит от поверхностного и одностороннего взгляда на вещи». Далее профессор дал обзор терапевтических средств – от каузальной терапии до симптоматического лечения, то есть до мер к облегчению страданий, которые «ничего не делают против болезни, но много делают для больного». Профессор говорил не только о фармакотерапии, но и о лечебном режиме и питании, о физических методах лечения [6].

Об особом внимании Ф.Г.Яновского к лечебному аспекту деятельности врача говорит нам и тот красноречивый факт, что на протяжении всей своей научной деятельности – от ее начала в 1880-е годы до последнего года жизни – он публиковал специальные труды по вопросам лекарственного лечения, диетотерапии и т.п. Таковы его статьи «Наблюдения над действием каприна при некоторых инфекционных болезнях» (1886), «Терпинол при кровохаркании» (1899), «О применении препаратов надпочечников при болезнях пищевода» (1904), «К вопросу о противопоказаниях к употреблению йода» (1909), «О терапевтическом значении поездок по Волге» (1912), «К современному положению диететики при нефритах» (1913), «Основа терапевтических мер при мочевых камнях прежде и теперь» (1928).

Понятно, что общую школу Образцов и Яновский не создавали и не могли создать в силу разной методологии лечебной и исследовательской работы и преподавания. После смерти Яновского ряд его учеников (в том числе В.Х.Василенко) стали и учениками Стражеско, но и из этого никак не следует научно обоснованный вывод о единой школе трех выдающихся киевских клиницистов, каждый из которых имел оригинальное направление лечебно-педагогической и научной деятельности. По подсчету академика В.Н.Иванова (1960), прославленная

клиническая школа Ф.Г. Яновского включила 17 профессоров; к сожалению, он не указал их имена. Необходимые и достаточные критерии, позволяющие «прописать» того или иного ученика в конкретной школе или не включать его в состав этой школы, приведены в работе В.И. Бородулина и С.П. Глянцева (2016) [7]; в соответствии с ними мы можем говорить о 12 профессорах – представителях научной клинической школы Яновского.

К старшему поколению учеников Яновского принадлежал **Антон Фомич Каковский** (1871–1953). Он родился в семье священника, окончил Киевскую духовную семинарию (1892) и медицинский факультет Университета св. Владимира (1898), после чего работал интерном у Ф.Г. Яновского в терапевтическом отделении Александровской больницы. В 1903–1904 гг. молодой врач выполнил под руководством профессора Р.Э. Коберта (университет Ростка) диссертационное исследование по экспериментальной фармакологии «О влиянии различных веществ на вырезанное сердце теплокровных и холоднокровных животных» и защитил диссертацию в Юрьевском университете (1904), а затем участвовал в русско-японской войне 1904–1905 гг. В 1906 г. он был принят сверхштатным ординатором в пропедевтическую клинику Ф.Г. Яновского, в 1909 г. оставлен еще на год в занимаемой должности. Руководствуясь списком его научных трудов, мы не можем сказать, что А.Ф. Каковский выделялся талантом исследователя. Но именно он первым из учеников Яновского занял почетное место на страницах истории отечественной медицины, поскольку стал автором общеизвестной диагностической пробы. Ф.Г. Яновский с сотрудниками разрабатывал тему диагностики и терапии заболеваний почек; в русле этих исследований Каковский в 1910 г. предложил новый метод лабораторной диагностики: исследование утренней мочи, собранной за 8 часов, для подсчета содержащихся в ней эритроцитов и лейкоцитов. В модификации профессора Стэнфордского университета Т. Аддиса (1925) унифицированный метод количественного определения форменных элементов крови в суточном объеме мочи получил признание как проба Каковского – Аддиса [8]. Каковскому принадлежат также опубликованные работы по проблеме диетотерапии нефрита [9]. В 1912 г. А.Ф. Каковский был утвержден приват-доцентом Университета св. Владимира по курсу частной патологии и терапии [10]. На кафедре Яновского он читал курс терапевтической техники. В 1914 г. приват-доцента Каковского назначили экстраординарным профессором кафедры частной патологии и терапии Харьковского университета [11]. В 1948 г. киевское издательство в серии «Библиотека практического врача» выпустило его монографию «Лечение легочнотуберкулезных больных».

Любимейшим учеником Яновского был **Василий Васильевич Виноградов** (1876–1927). Сын чиновника, в 1900 г. он окончил Университет св. Владимира; работал интерном у Яновского в терапевтическом отделении Александровской больницы; с 1905 г. — сверхштатный ординатор пропедевтической клиники проф. Яновского; в 1907 г. был оставлен в той же клинике на два года для подготовки к профессорскому званию. К этому времени проф. Яновский начал углубленное изучение проблемы патологии почек. Университетскую кафедру общей патологии с 1901 г. возглавлял выдающийся патолог проф. В.К. Линдемман, который как раз занимался экспериментами по этой проблеме. Можно полагать, что именно проф. Яновский направил своего ученика к проф. Линдемману для выполнения экспериментального диссертационного исследования на тему «О выделении воды почками» [12]; защита диссертации состоялась в мае 1909 г. В 1912 г. В.В. Виноградов стал приват-доцентом университета, в годы Первой мировой войны он находился на военной службе [13], в 1919 г., после отъезда своего учителя в Крым, временно занял его кафедру. Поскольку вернувшийся в Киев в 1921 г. проф. Яновский стал заведовать кафедрой факультетской терапевтической клиники, проф. Виноградов остался заведующим кафедрой госпитальной терапевтической клиники и возглавлял её до конца жизни. Учитель и ученик были особенно близки и характерами, и врачебно-научными и нравственными установками — всем складом личности: именно Виноградову учитель доверял здоровье своих близких — он сменил К.Г. Тритшеля как семейный врач Яновских, именно в Виноградове Яновский видел своего преемника по кафедре факультетской терапевтической клиники. Но на 52-м году жизни В.В. Виноградов скончался после тяжелой болезни — учитель диагностировал у ученика рак желудка. Не было раздела внутренней патологии, который бы не интересовал В.В. Виноградова. Отметим, что ряд его работ посвящен гематологии: «Строение и патологические формы красных кровяных телец человека» (1914); «К патологии гемофилии» (1923); «О ранней диагностике прогрессивного злокачественного малокровия» (1925). Он — автор раздела «Болезни крови и кроветворных органов» в руководстве «Частная патология и терапия внутренних болезней» (М.-Л., 1927. Т. 3. Выпуск 2).

Два важных направления в научной деятельности клиники Яновского — болезни почек и инфекционные болезни — отражены в творчестве его ученика А.М. Зюкова. **Анатолий Матвеевич Зюков** (1886–1953), сын чиновника из Полтавы, окончил медицинский факультет Университета св. Владимира в 1911 г. и с того же года работал экстерном на кафедре врачебной диагностики у проф. Яновского; с 1913 г. — штатный ординатор там же, а с 1917 г. — на кафедре госпитальной

терапевтической клиники (у Яновского). С 1918 г. он — стипендиат для подготовки к профессорскому званию по той же кафедре. В 1924 г. он избран старшим ассистентом и приват-доцентом (по курсу болезней почек) факультетской терапевтической клиники, которую к тому времени возглавлял Яновский. По предложению учителя, А.М. Зюков выполнил ряд исследований — о поражении почек при «испанской болезни», о влиянии ванн и потогонных процедур на содержание остаточного азота в крови при нефритах, о диете при нефритах, о клинике и лечении уремии, о потогонном лечении нефритов, о влиянии грязевого лечения суставов на функцию почек, о связи патологии почек с их охлаждением, о функциональной диагностике почек (1919–1928). В факультетской клинике своего учителя он подготовил диссертационную работу об обмене воды в организме; успешная защита состоялась в 1927 г., в 1928 г. опубликована монография [14]. На заседании 28 октября 1925 г. Ученый совет Киевского медицинского института (так после ряда реорганизаций, проведенных в 1919–1921 г., назывался в советской Украине бывший медицинский факультет Университета св. Владимира), по предложению Ф.Г. Яновского, принял решение о создании вместо курса инфекционных болезней при факультетской терапии самостоятельной кафедры инфекционных болезней [15]. Временное исполнение обязанностей заведующего кафедрой было поручено (по совместительству) профессору М.М. Губергрицу; в 1927 г. заведующим кафедрой был избран старший ассистент клиники Яновского А.М. Зюков, который оставался на этой должности до конца жизни; после смерти Ф.Г. Яновского он заведовал также кафедрой факультетской терапии (1928–1930). Он известен как автор учебника «Острые инфекционные болезни» (1941) и руководства «Гельминтозы человека» (1947; 2-е изд., 1952). Под руководством проф. Зюкова коллектив кафедры проводил изучение брюшного и сыпного тифов, дизентерии. Как биограф Яновского А.М. Зюков опубликовал некролог, биографический очерк об учителе и статью «Феофил Гаврилович Яновский как нефролог» (1928–1929).

В личном деле преподавателя А.М. Зюкова сохранился подписанный профессором Яновским в апреле 1926 г. отзыв о его ученике: «От себя могу сказать, что познакомившись с выдающимися научными способностями А.М. Зюкова, я при переходах моих с одной клиники на другую каждый раз настоятельно ходатайствовал перед медицинским факультетом об оставлении его сотрудником при занимаемой мною клинике — до того ценным сотрудником оказался он по делу ведения клиники. Далее, во всех проходимых должностях он успел ярко выделиться как талантливый преподаватель, которого особенно всегда ценили студенты-слушатели. Рядом с этим он настойчиво и напряженно

посвятил все свое время, остающееся от преподавания, разработке научных вопросов, и работы его лишь на время были задержаны ходом экстренных событий, переживаемых страной. Как показывает перечень его научных работ и изучение их, ему приходилось не только участвовать в разработке изучаемых тогда в нефрологии новых вопросов, подтверждая и контролируя выходявшие тогда данные других авторов, но в своих трудах ему удалось самостоятельным образом обратить внимание на целый ряд новых явлений из патологии, клиники и терапии почечных заболеваний. Учитывая его длительный и солидный клинический и преподавательский стаж, его мастерскую способность преподавания, выдающиеся научные способности в разработке клинических вопросов, я убежден, что он уже в настоящее время является вполне готовым научным деятелем, способным с честью занять место профессора, заведующего терапевтической кафедрой» [16].

В 1958 г. на кафедру факультетской терапии Киевского медицинского института был избран **Вадим Николаевич Иванов** (1892 – 1962): так в конце своей научно-педагогической карьеры он возглавил ту самую кафедру, которой руководил его учитель Ф.Г. Яновский. Он родился в г. Мариуполе; его дед был дьяконом, а отец – священником (мать – из крестьян, сельская учительница, затем вела домашнее хозяйство). В 1901-1911 г. Вадим Иванов учился в городской Александровской гимназии, в 1911-1916 г. – в Университете Св. Владимира, где проф. Яновский преподавал ему на третьем курсе (1913/14 учебный год) врачебную диагностику, а на пятом курсе (в 1915 г.) – госпитальную терапевтическую клинику. После выпускных экзаменов в апреле 1916 г. Вадим Иванов «утвержден в степени лекаря с отличием» [17]. Он был оставлен при кафедре проф. Яновского, но шла Первая мировая война, он едет служить в армию, однако в следующем году его демобилизуют по болезни. С января по август 1918 г. В.Н. Иванов – врач-терапевт Мариупольской городской больницы; с сентября 1918 г. он – врач-экстерн, а с 1919 г. – штатный ординатор госпитальной терапевтической клиники Ф.Г. Яновского [18].

Из литературы о проф. Иванове, в том числе из последней опубликованной его биографии [19], следует, что в последующие два года он продолжал работать на той же кафедре, но это не соответствует действительности. Известно, что при приближении Красной армии к Киеву Ф.Г. Яновский, как и многие киевские интеллигенты, с отступающими белыми войсками в конце 1919 г. оказался в Крыму, где в Симферополе возглавлял кафедру в Таврическом университете. Найденные нами архивные документы свидетельствуют, что и В.Н. Иванов последовал вместе со своим учителем в Крым и был у него старшим ассистентом

терапевтической клиники, которая была развернута на базе Симферопольской городской больницы [20, л. 10]. Документ, подписанный Ф.Г. Яновским в период его профессорства в Таврическом университете, подтверждает пребывание В.Н. Иванова в Крыму: «Сим удостоверяю, что д-р Вадим Николаевич Иванов находился в моем пользовании в течение нескольких последних лет, страдая хроническим миокардитом с растяжением сердца каковой давал несколько раз, в особенности после перенесенного им в прошлом году сыпного тифа, расстройство компенсации с припуханием печени и отечностью нижних конечностей, и явлениями со стороны почек. 6 марта 1921 г. Профессор Ф. Яновский.» [20, л. 9]. Во второй половине 1921 г. Ф.Г. Яновский вернулся в Киев, где возглавил кафедру факультетской терапевтической клиники; на этой кафедре Иванов продолжил свою работу под руководством проф. Яновского (он остался на кафедре и после смерти учителя) – сначала ординатором (с 25.09.1921 г.), затем младшим ассистентом, с 1930 г. – старшим ассистентом, в 1931–1935 гг. – доцентом. Одновременно с 1933 г. проф. Иванов возглавлял кафедру факультетской терапии в Киевском производственном медицинском институте (с 1936 г. этот вуз стал 2-м медицинским институтом); в 1944 г. он возвращается в Киевский медицинский институт заведующим кафедрой терапии санитарно-гигиенического факультета; с 1951 г. он руководил кафедрой госпитальной терапевтической клиники, с 1958 г. и до конца жизни – факультетской терапевтической клиникой.

В 1928 г. проф. Яновский дал отзыв о научной клинической работе своего ученика. «Вадима Николаевича Иванова я хорошо знаю свыше 15 лет, с тех пор когда он ещё студентом последних курсов, интересуясь внутренними болезнями, систематически посещал вверенную мне терапевтическую клинику. После окончания университета с отличием В.Н. Иванов был оставлен при моей клинике и с тех пор почти непрерывно работает с нами. Благодаря исключительным способностям и напряженной, систематической работе непрерывно в течение 12 лет в моей клинике, он успел сделать много. Помимо большого успеха в изучении клиники, В.Н. Иванов в то же время серьезно занимался и работал в области патологической анатомии, физиологии, биохимии, ферментологии. Поэтому из него выработался не только прекрасный и образованный клиницист, но и научный деятель с широким кругозором, владеющий экспериментом и различными методами исследования... В заключение на основании многолетней совместной работы с В.Н. Ивановым во вверенной мне клинике считаю себя вправе выразить свое убеждение, что В.Н. Иванов является исключительно одаренным, талантливым клиницистом и подлинным научным деятелем, отличающимся пытливо-аналитическим умом, строгой объективностью

при оценке своих наблюдений и владеющим в совершенстве экспериментом. К этому считаю не лишним добавить, что за годы совместной работы мог убедиться в его безупречной честности и добросовестности как в отношении научной работы, так и в отношении всех его обязанностей.» [20, л. 11-11 об.]

В 1930-е годы лекции по курсу факультетской терапевтической клиники читали Н.Д. Стражеско и В.Н. Иванов. По воспоминаниям ученика В.Н. Иванова проф. А.П. Пелешука (2013), на эти лекции приходили все сотрудники кафедры и многие врачи города, что очень дисциплинировало студентов. Общим было то, что одной болезни посвящались 2–3 лекции, детально разбирались все ее симптомы, столь же детально обосновывались диагноз, лечение и прогноз. Вместе с тем, если Стражеско на своих лекциях уделял основное внимание патогенезу, обоснованию диагноза, истории вопроса, то Иванов фокусировал внимание на вопросах дифференциальной диагностики и лечения – сказывался почерк клинических школ их учителей: В.П. Образцова у Стражеско и Ф.Г. Яновского у Иванова. Как и его учитель Ф.Г. Яновский, В.Н. Иванов сочетал интересы клинициста и патофизиолога: с 1953 г. он одновременно заведовал отделением клинической физиологии Института физиологии АН УССР. В его основных клинико-экспериментальных трудах получили развитие взгляды его учителя по проблемам физиологии и патологии желудка и принципам диеты и по вопросам диагностики туберкулеза. По воспоминаниям В.Н.Иванова, в 1920-е годы Ф.Г.Яновский, продолжая исследования по легочной и почечной тематике, одновременно наметил программу изучения в его клинике болезней желудочно-кишечного тракта, и его ученики начали получать от него соответствующие задания. Так, В.А. Иванов по его предложению собирал клинический материал по желудочным кровотечениям, провел серию наблюдений над забрасыванием содержимого 12-перстной кишки в «тощий желудок» (рефлюксная болезнь; работа была доложена на VIII Всесоюзном съезде терапевтов в Ленинграде, 1925), изучал лечебный эффект атропина при язвах желудка и 12-перстной кишки. В.Н. Иванов предложил комплексный метод изучения двигательной и секреторной функций желудка, что позволило ему получить ряд новых данных о деятельности желудка вне пищеварения и во время пищеварительной фазы. Им описаны гиперсекреторные и болевые кризы, псевдоахилия и гетероахилия у больных язвенной болезнью. В 1926 г. Ф.Г. Яновский опубликовал работу о диагностике рака желудка; его ученик Иванов обобщил результаты своих многолетних клинических наблюдений по этой теме в докладах на VI съезде терапевтов Украины (Одесса, 1948) и на II республиканском съезде онкологов (Киев, 1956). Он разрабатывал вопросы

хронобиологии и хронопатологии желудка, диетотерапии, а также рака и абсцесса легких. В 1946 г. он был избран членом-корреспондентом, в 1953 г. академиком АМН СССР, в 1957 г. – академиком АН УССР.

Профессор И.М Трахтенберг отметил: «Пожалуй, в нем особенно чувствовались черты аристократизма. <...> Взгляните на его портрет, и вы увидите при типичном облике дореволюционного профессора пронизательный взгляд и постоянную легкую усмешку. Человеком он был действительно и ироничным, и добрым. Это ценили в нем как студенты, так и сотрудники кафедры. <...> Хотя Вадим Николаевич, будучи академиком и известным клиницистом, был близок к сильным мира сего (его широко привлекали к лечению руководителей разных рангов), но не злоупотреблял этим обстоятельством. Всегда оставался порядочным человеком» [21]. В печально памятном 1952-53-м году, когда по прямому указанию И.В. Сталина Министерство государственной безопасности формировало «дело врачей-вредителей», и ведущие клиницисты страны были обязаны озвучивать, подписывать обвинения своих коллег во всех смертных грехах, член академии В.Н. Иванов не скомпрометировал себя ни одним выступлением или подписанным письмом такого рода, доказав свою верность заветам учителя. В интервью, которое проф. Пелешук дал киевскому врачу и писателю Ю.Г. Виленскому, содержится исчерпывающая характеристика поведения В.Н. Иванова в эти страшные для него месяцы: «Вадима Николаевича отличала удивительная пронизательность и почти безошибочная интуиция. Увидев, что с титульной страницы журнала «Клиническая медицина» исчезла фамилия его редактора В.Х. Василенко (на титульном листе «Клинической медицины» № 10 за 1952 г. указан главный редактор В.Х. Василенко, с № 11 за тот же год его уже нет и только с № 4 за 1953 г. снова появляется его фамилия – примечание авторов), В.Н. Иванов заподозрил, что с ним, как и с другими известными врачами в Москве, происходит что-то неладное. Осторожное выяснение подтвердило, что готовится судебный процесс с их обвинениями. Вадим Николаевич не предполагал, что и он будет включен в такой список обреченных, его беспокоило другое: интуитивно он решил, что будет попытка использовать его авторитетное имя и что он должен заранее противостоять этому собственными уловками. Он не отличался крепким здоровьем, гипертоническая болезнь и приступы стенокардии частенько напоминали о себе: они объективно давали основание укрыться в это непростое время в домашнем стационаре. Были соблюдены все формальности: велась история болезни, фиксировались показатели артериального давления, данные лабораторных исследований и электрокардиограммы.

Когда к нему пришли два сотрудника госбезопасности, профессор заверил их, что понимает задачу помочь следствию, но отправиться в Москву для участия в работе экспертной комиссии по рассмотрению действий обвиняемых врачей он не может в связи с плохим состоянием здоровья. Незваные гости ушли ни с чем, но через несколько дней представители ведомства вернулись с историями болезней «злоумышленников»: от В.Н. Иванова требовалось теперь только подписать акт экспертизы. Вадим Николаевич снова отказал в содействии работникам госбезопасности, заявив, что он совсем ничего не видит (частично это было правдой – он чувствовал себя плохо, у него поднялось артериальное давление), а подписывать заключение, не прочитав его, не имеет права. Конечно, он понимал, чем рискует, но совестью не поступился» [22] (в переводе с украинского языка авторов статьи). После смерти Сталина и прекращения «дела врачей» на первом же научном терапевтическом форуме, по свидетельству А.П. Пелешука, академики и профессора, побывавшие «врачами-убийцами», благодарно приветствовали В.Н. Иванова, некоторые обнимали его, ибо знали, с каким трудом ему удалось уклониться от участия в позорной экспертизе и тем самым сохранить порядочность и человеческое достоинство.

Два наиболее знаменитых, наряду с В.Н. Ивановым, ученика Яновского - академики АМН СССР В.Х. Василенко и Б.Е. Вотчал - вошли в терапевтическую элиту во второй половине XX века как выдающиеся московские врачи. В 1946 г. в члены-корреспонденты АМН СССР, наряду с учеником Г.Ф. Ланга А.Л. Мясниковым и учеником Ф.Г. Яновского В.Н. Ивановым, был избран (по рекомендациям Н.Д. Стражеско и Г.Ф. Ланга) **Владимир Харитонович Василенко** (1897–1987). В 1930-е гг. он формировался как один из самых талантливых молодых исследователей-кардиологов под руководством Стражеско, работал у него в Киевском медицинском институте и в Институте клинической медицины; в 1935 г. был избран профессором Института усовершенствования врачей. Вместе со Стражеско в 1935 г. на XII Всесоюзном съезде терапевтов он предложил классификацию недостаточности кровообращения, которая оставалась общепринятой в клинической медицине XX века (в 1940 г. он защитил по этой теме докторскую диссертацию).

Вместе с тем, называя его учеником Стражеско, нельзя забывать про начало его врачебной и научной биографии. Он родился в Киеве, в семье украинского крестьянина, занимавшегося извозом в Киеве, и литовки-жмудинки, домоправительницы киевского врача; крещен в Киевско-Владмирском соборе. Среднее образование закончил во Владикавказской гимназии с серебряной медалью (1917), затем окончил (1922) Киевский медицинский институт [23]. С 1923 г. он

работал ординатором клиники Ф.Г. Яновского, под его руководством был аспирантом, а с 1926 г. научным сотрудником кафедры клинической медицины АН УССР — до смерти учителя в 1928 г. Характерна тема его первой диссертации: «Клиническое значение ароматических соединений мочи и крови при заболеваниях почек» (1926). На прямой вопрос об учителях и о его отношении к ним его вдова Тамара Иосифовна Карапетян в личной беседе [24] дала одному из авторов этой статьи краткий, но исчерпывающий ответ: Яновский для Владимира Харитоновича – всегда с восклицательным знаком, Стражеско – пиететное отношение, Образцов? – «но он его только хоронил»... Архивное студенческое дело В.Х. Василенко подтверждает, что он даже лекций проф. В.П. Образцова не слышал, поскольку тот уже оставил кафедру факультетской терапевтической клиники: в зачетке студента Василенко (4-й курс, 1920/21 академический год) стоит подпись А.К. Зиверта, который временно возглавлял кафедру. Подведем итог: учителем врачевания, учителем жизни был для Василенко Ф.Г. Яновский, Н.Д. Стражеско был его научным руководителем, а В.П. Образцов – покойным классиком медицины.

В годы Великой Отечественной войны 1941–1945 как главный терапевт 1-го Украинского фронта В.Х. Василенко дошел до Берлина; затем был главным терапевтом Львовского (Прикарпатского) военного округа и одновременно заведовал (с 1944 г.) кафедрой факультетской терапии Львовского медицинского института, после чего выбрал рискованное, но наиболее перспективное продолжение карьеры в Москве. Блестящий клиницист, он заведовал кафедрой пропедевтической терапии 1-го Московского медицинского института (с 1948 г.), был заместителем главного терапевта, а с 1950 г. главным терапевтом Лечсанупра Кремля, академиком (1957) и академиком-секретарем Отделения клинической медицины АМН СССР (1960–1966). Первый директор созданного им НИИ гастроэнтерологии (1967–1973) и один из основоположников гастроэнтерологии в СССР, он никогда не был ни кардиологом, ни гастроэнтерологом в узком понимании этого термина – как истинный представитель клинической школы Яновского он был терапевтом самого широкого профиля. Современникам запомнились его врачебная мудрость, исключительное мастерство диагноста, склонность к философским обобщениям и афоризмам, сочная, образная речь, неиссякаемое чувство юмора.

Арестованный одним из первых по «делу врачей» в 1952 г., он проявил большое мужество в застенках МГБ, вышел в 1953 г., потеряв больше 20 (а по другим источникам – 30!) килограммов живого веса, и не стал сводить счеты с теми сотрудниками, кто предал его. Вместе

с тем, А.П. Пелешук в «Воспоминаниях киевского профессора медицины» (2013; опубликованы на украинском языке) отмечал, что на первом после освобождения «врачей-убийц» научном терапевтическом форуме В.Х. Василенко трудно было узнать – «бледный, осунувшийся, он ходил, хромая. ... Поздоровавшись со мной, он попросил передать профессорам – членам экспертной комиссии по этому делу, которые признали обвинения справедливыми, чтобы они не подходили к нему и не здоровались, ибо он не может подать им руки. «Как они меня, ученика Ф.Г. Яновского и Н.Д. Стражеско, признали убийцей?» – спрашивал он». В 1967 г. ему было присвоено звание Героя Социалистического труда за высокие достижения и заслуги в медицине; маршал И.Х. Баграмян прокомментировал это решение следующим образом: «за проявленное мужество и выдержку на следствии по «делу врачей» Владимир Харитонович заслуживает звания Героя Советского Союза». Он был окружен друзьями – художниками, киношниками, бардами. «После себя он оставил свыше 200 научных трудов, более 20 монографий и учебников, которые отражают энциклопедическую образованность автора, философский склад его ума, его талант врача и педагога» [25].

Ярким представителем московской терапевтической элиты 1960-х годов был **Борис Евгеньевич Вотчал**. Вотчалы происходили из чехов-колонистов. Вероятно, уже дед Б. Вотчала получил потомственное дворянство. Отец — Евгений Филиппович Вотчал - был профессором-ботаником, одним из основателей отечественной физиологии растений, академиком АН Украины. По канонизированной биографии профессора ЦИУ врачей, академика АМН СССР Б.Е.Вотчала, он родился в Киеве в 1895 г. В 1913 г. он окончил 1-ю Киевскую гимназию и поступил на медицинский факультет Университета св. Владимира, окончил его в 1918 г. и после четырехлетнего врачебного стажа на фронтах гражданской войны был внештатным ординатором в факультетской терапевтической клинике Ф.Г. Яновского (1922–1924): всю дальнейшую жизнь он находился под обаянием этой необычайной личности. В 1924–1927 г., в научной командировке в Германии, он работал в клиниках фтизиатра Л. Брауэра, терапевта и бактериолога Х. Шоттмюллера. С 1930 г. - ассистент созданной Р.А. Лурия кафедры терапии № 1 Центрального института усовершенствования (ЦИУ) врачей; в ЦИУ он проработал ассистентом и доцентом до 1938 г., а затем был старшим научным сотрудником терапевтической клиники М.П. Кончаловского в ВИЭМ, где в 1940 г. защитил докторскую диссертацию на тему влияния терапевтических агентов на периферическое кровообращение. В годы Великой Отечественной войны был армейским терапевтом, главным терапевтом Волховского фронта. В

1945–1958 г. работал заместителем начальника (М.С. Вовси) кафедры военно-полевой терапии, одновременно был консультантом-терапевтом Центрального, затем Главного военного клинического госпиталя; с 1952 г. и до конца жизни заведовал 2-й кафедрой терапии ЦИУ врачей. Был известен не только как замечательный врач, педагог, ученый-изобретатель, но и как человек исключительно высокой общей культуры. В 1963 г. его избрали членом-корреспондентом, в 1969 г. – академиком АМН СССР. Б.Е. Вотчал умер в Москве в 1971 г.

Терапевтическая клиника Вотчала широко занималась проблемами внутренней медицины. Общеизвестны его исследования венозного тонуса, периферического кровообращения; он исследовал скорость кровотока, сконструировал первый отечественный плетизмограф. В течение четверти века Б.Е. Вотчал успешно разрабатывал проблемы создания новой медицинской техники. В его клинике выполнялись работы известных гастроэнтерологов А.С. Белоусова, Г.Л. Левина, М.Г. Соловья. Но мировое признание принесли ему два направления исследований: по клинической физиологии дыхания и по изучению возможностей лекарственной терапии у постели больного. Он совмещал в одном лице физиолога, клинициста и инженера-конструктора; общее признание получили его исследования механизмов легочной вентиляции (механики дыхания), причин нарушений бронхиальной проходимости и их роли в генезе эмфиземы легких; он первым описал клапанный механизм бронхиальной обструкции (1947) и выявил диагностические возможности форсированной спирометрии; предложил классификации пневмосклерозов, эмфиземы легких, легочного сердца. С 1927 г. и до последних дней жизни он исследовал механизмы воздействия на больного лекарственных средств различных групп, в течение многих лет читал специальный курс клинической фармакологии для врачей на циклах усовершенствования; свой огромный научный и клинический опыт в этой новой области знаний он обобщил в «Очерках клинической фармакологии», — они стали настольной книгой практикующего врача [26]. Все это позволяет считать его основоположником клинической фармакологии и одним из основоположников пульмонологии в СССР.

Насчитывают около 250 печатных трудов Б.Е. Вотчала; ему выдано 11 авторских свидетельств на изобретения. Под его руководством выполняли научные исследования более 60 докторов и кандидатов медицинских и технических наук. Среди его пациентов были поэты Б. Пастернак, А. Ахматова, Н. Заболоцкий, писатель М. Ардов и актриса Ф. Раневская, маршал Г. Жуков и физик академик Л. Ландау. Он создавал научную школу терапевтов – пульмологов, клиниче-

ских фармакологов и кардиологов (Н.А. Магазаник, В.П. Жмуркин, М.Г. Слуцкий и др.; отметим, что после смерти основателя школы она не получила продолжения). В медицинской литературе остался ряд эпонимических обозначений: Вотчала стетофонендоскоп, плетизмограф и пневмотахометр, Вотчала – Каппса метод (оценка тонуса вен кисти по приросту объема крови в ней при блокировании венозного оттока дозированным давлением), Вотчала – Тиффио функциональная проба для оценки трахеобронхиальной проходимости [27]. Сам он, шутя, говорил сотрудникам, что память о нем сохранится только благодаря предложенным им «каплям Вотчала», включавшим нитроглицерин и ментол и получившим широкое распространение как средство купирования и профилактики приступов стенокардии.

Такова официальная биография Б.Е. Вотчала [28], где все ясно и нет ни расхождений, ни вопросов. К сожалению, она не может удовлетворительно объяснить очевидные странности его жизненного пути и врачебной карьеры, которые должны были оставить свой отпечаток в его мировоззрении, в формировании личности. Поэтому уточним и дополним его биографию необходимыми сведениями. Прежде всего, вопреки всей энциклопедической, справочно-академической и юбилейной литературе на русском и украинском языках, Борис Вотчал родился не в Киеве в 1895 г., как «в один голос» утверждают все источники (включая личное дело академика Б.Е. Вотчала в архиве АМН СССР), а в посаде Ново-Александрия Люблинской губернии Царства Польского Российской империи 28 мая (9 июня) 1897 г. Это надежно засвидетельствовано документами Гос. архива г. Киева [29]. Единственное объяснение, какое приходит в голову историка в столь странной ситуации, основывается на специфике социально-политической жизни в СССР: Б.Е. Вотчал, в силу особенностей своей биографии, совсем не стремился к точности биографических сведений и мог сознательно «запутывать следы», называя выдуманные им место и год рождения.

Известен рассказ хирурга московской Боткинской больницы Веры Евгеньевны — сестры Б.Е. Вотчала, соответственно которому во время гражданской войны в России не доучившийся студент медицинского факультета Б. Вотчал был зачислен в Вооруженные силы Юга России (то есть в армию А.И. Деникина), после разгрома Белой армии оказался в Крыму, ему грозил расстрел. Вероятно, его согласие на вступление в Красную армию в качестве зауряд-врача спасло ему жизнь. После этого он, действительно, служил на разных врачебных должностях в Красной армии. «Крымский эпизод» в условиях Советской России дамокловым мечом висел над всей дальнейшей жизнью Б.Е. Вотчала. Так, он не мог получить врачебный диплом в Киеве.

Поэтому по ходатайству Ф.Г. Яновского, в клинике которого он работал экстерном и продемонстрировал свои блестящие способности (это – одна версия), либо по просьбе Е.Ф. Вотчала, устроившего домашний прием для немецких профессоров и приехавшего на встречу с ними с целью укрепления русско-немецких научных связей наркома здравоохранения Н.А. Семашко (другая версия), он получил согласие наркома на научную командировку в Германию. Там он и был удостоен диплома Гамбургского университета и степени доктора медицины (1925).

Оригинальную и убедительную трактовку влияния Ф.Г. Яновского на Б.Е. Вотчала предложил его ученик В.П. Жмуркин [30]. По этой концепции, Вотчал — бесспорный представитель клинической школы Яновского: и сам он называл Яновского своим единственным учителем, и объективно об этом свидетельствуют унаследованные им оригинальные методы врачебного исследования (однопальцевая перкуссия, особое внимание к запахам и т. д.). Об этом же говорят его собственное творчество в области семиотики и общий для обоих клиницистов особый интерес к вопросам фтизиатрии и пульмонологии и объективному изучению эффективности применяемых лекарств. Но столь же однозначный ответ на вопрос, состоялась ли для Вотчала школа Яновского в сугубо научно-исследовательском смысле, дать трудно. Две характерные для творчества Вотчала как зрелого учёного методологические черты – стремление работать на стыке наук (например, клинической физиологии с ботаникой в трудах по клинической фармакологии) и явная доминанта физики в постановке научных задач и выборе способов их решения – не были характерны для исследований Ф.Г. Яновского.

Возможно, к Яновскому Вотчал пришел уже сформировавшимся самостоятельным исследователем. Как ни удивительно, это могло произойти в гимназические годы, на что указывает нам семейный анамнез. Вся деятельность его родителей в Москве, а затем в Киеве проходила в атмосфере научного поиска и научных обсуждений, при дружеском общении с В.В. Марковниковым, К.А. Тимирязевым, Н.Е. Жуковским, С.А. Чаплыгиным, П.Н. Лебедевым, В.И. Вернадским, О.Ю. Шмидтом – это был широко представленный цвет естественных наук в России. И гимназист Вотчал не был сторонним наблюдателем, он постоянно впитывал разнообразные знания, особенно по разделам ботаники и физики, и активно участвовал в научных опытах своего отца, умел работать со сложными приборами и конструировал приспособления для проводимых отцом исследований.

По возвращении из Германии Б.Е. Вотчал недолго заведовал терапевтическим отделением Ялтинского института туберкулеза в

Массандре, а с конца 1920-х гг. жил в Москве, работал у М.И. Певзнера в клинике лечебного питания Научного института диететики и лечебной физкультуры; с 1930 г. он – ассистент ЦИУ врачей – на кафедре, которую создал Р.А. Лурия, но дальше опять загадка – почему он уходит из ЦИУ, с терапевтической кафедры № 1, в МОКИ? Его ученики знали разгадку. Так, В.П. Жмуркин вспоминал рассказ учителя: когда тот узнал, что есть возможность поработать у Д.Д. Плетнева, он буквально помчался в МОКИ, где в 1932–1933 г. был врачом-диетологом, старшим научным сотрудником; в 1933 г. был перемещен на кафедру Плетнева в ЦИУ (на базе того же МОКИ). В автобиографии Вотчала, датированной 25.12.1968 г., указано: «с 1933 по 1938 доцент терапевтической клиники ЦИУ врачей (профессор Плетнев Д.Д.)» [31]. Сотрудников поражала смелость, с которой в послевоенные годы он говорил о репрессированном в 1937 г. профессоре Плетневе. Кардиологический профиль кафедры Плетнева стал пусковым фактором для начатого Вотчалом в середине 1930-х годов цикла исследований венозного тонуса, а затем и периферического кровообращения в целом. Таким образом, Вотчал действительно работал доцентом в ЦИУ, но не на кафедре № 1 у Лурии, а на кафедре № 2 у Плетнева. Поэтому ему, как и другим видным сотрудникам «разоблаченного» корифея советской клинической медицины, надо было решительно «уносить ноги», и с 1939 г. он – старший научный сотрудник терапевтической клиники ВИЭМ, которую возглавлял М.П. Кончаловский. Решительное предупреждение Кончаловского – «Или через четыре месяца Вашу диссертацию на стол, или Вы не будете работать в этой клинике» – способствовало тому, что диссертант наконец-то преодолел себя и оформил свои многочисленные и оригинальные исследования в пригодном для защиты диссертации виде (диссертация Б.Е. Вотчала защищена в 1940 г., опубликована в 1941 г.).

В годы Великой Отечественной войны главный терапевт Б.Е. Вотчал потерял офицерскую сумку, в которой был экземпляр плана локального наступления советских войск; опять над ним нависла угроза расстрела. Его спас главный терапевт Красной Армии М.С. Вовси, отстоявший своего подчиненного у начальника Главного военно-санитарного управления генерала Е.И. Смирнова. Эти головокружительные сюжеты в биографии Б.Е. Вотчала помогают нам понять, почему столь очевидно запоздало его организационное оформление в состав терапевтической элиты: к середине 1960-х годов (избрание его в АМН) его сверстники В.Х. Василенко, М.С. Вовси, А.Л. Мясников, А.И. Нестеров, Е.М. Тареев давно были на ведущих ролях в клиническом отделении академии.

Те же трагические обстоятельства могли повлиять и на формиро-

вание жизненной позиции Б.Е. Вотчала: человек обаятельный, доброжелательный, безупречного воспитания, он вместе с тем был свободен от последовательной строгости своего первого учителя в вопросах нравственности. В послесталинскую эпоху в Боткинскую больницу вернули изъятый следователями МГБ в ходе «дела врачей» огромный архив арестованного заведующего отделом статистики Рабиновича, и там, по рассказу профессора ЦИУ врачей, члена-корреспондента АМН Герта Петровича Кулакова, как бы случайно, оказался документ – заявление, обвиняющее М.С. Вовси, за подписью Б.Е. Вотчала: сотрудники Боткинской больницы читали его с ужасом. Когда один из старых ассистентов кафедры Н.А. Долгопосок потребовал у шефа объяснений, тот оправдывался: «А что я мог сделать под дулом пистолета!» [32]. Можно думать, профессор не писал эту позорную бумагу, но он, всеми уважаемый человек, подписал её. По воспоминаниям сотрудников ЦИУ врачей, уже смертельно больной Б.Е. Вотчал, до последних дней жизни сохранявший глубокий интерес к проблемам клинической науки (он мог часами участвовать в их обсуждении), совсем перестал интересоваться пациентом, по возможности уклонялся от обходов, разборов, консультаций. И это – дополнительный штрих к очевидной картине: нет резона обобщать, не считаясь с фактами, и утверждать, что все представители школы Ф.Г. Яновского были носителями его высочайших нравственных заветов, – ученики были живыми, а значит разными людьми, с разными судьбами, и по-разному продолжали дело учителя.

Сложно сложилась судьба и у другого ученика Яновского – **Ивана Викторовича Базилевича** (1899–1965). Из его метрики следует, что родился он в с. Сельцы Ровенского уезда Волынской губ. (ныне в Ровенской обл.), в семье мирового судьи; оба его деда были священники. В 1922 г. он окончил Киевский медицинский институт [33], был принят в клинику Яновского и по его предложению начал исследования по вопросам нефрологии. Защита его диссертации 29.6.1928 г. [34] совпала с инсультом у его учителя, после чего через 9 дней Ф.Г. Яновский скончался, а ученик остался работать на кафедре под руководством Н.Д. Стражеско. Зимой 1930 г. он был арестован по сфабрикованному ОГПУ «делу СВУ» - Союза освобождения Украины; затем 124 из 474 арестованных, включая Базилевича, были освобождены, и с 1934 г. он работал у А.А. Богомольца в Институте клинической физиологии, исследуя процессы старения. С 1939 г. профессор Базилевич заведовал кафедрой госпитальной терапии 2-го Киевского медицинского института [35]. В годы Великой Отечественной войны он оказался в оккупированном Киеве, затем эмигрировал через Германию в США. Написанная в эмиграции в 1955 г. его статья – воспоминания об учителе

[36] – является ценным историческим источником, поскольку содержит такие сведения (например, о глубокой религиозности Ф.Г. Яновского), которые не могли быть опубликованы в советской печати.

К самым первым ученикам Ф.Г. Яновского принадлежал **Александр (Абрам) Борисович Бернштейн** (1876–1934): еще студентом 3-го курса медфака он занимался исследованиями в бактериологической лаборатории Александровской больницы и под руководством Яновского выполнил работу «Об антагонистическом свойстве трикрезола». На кафедре пропедевтической клиники, которую возглавлял Яновский, он проходил усовершенствование и позднее опубликовал статью о случае применения марганцовокислого калия при отравлении опиумом, который он наблюдал в клинике учителя [37]. А.Б. Бернштейн стал видным терапевтом и организатором советского здравоохранения: в 1921–1934 г. он заведовал кафедрой терапии в Киевском клиническом институте (с середины 1920-х гг. – Киевский институт усовершенствования врачей, ныне Национальная медицинская академия последипломного образования) и одновременно (с 1922 г.) был директором этого института; после его трагической гибели при дорожно-транспортном происшествии институт носил его имя (1935 – 1941). Отметим, что для изданного в 1930 г. сборника памяти Яновского он написал статью о висцеральном сифилисе, а редакторы сборника поместили ее в разделе «Работы учеников акад. Ф.Г. Яновского». На кончину учителя проф. Бернштейн отозвался статьей «Умолкло кроткое, благородное сердце» на страницах киевской газеты, где писал: «Богато одаренный, вносящий в дело врачевания глубокие познания профессора и академика, он давал пример самобытности мысли, соединенный с трогательной простотой. В тяжелые минуты раздумья с нами, врачами, у постели больного – всегда добрый, снисходительный и верный товарищ, безукоризненно честный, глубоко гуманный» [38].

Ученик Яновского и Стражеско **Федор Яковлевич Примак** (1899–1981) родился на Черниговщине в крестьянской семье, в 1918 г. поступил на медицинский факультет Университета св. Владимира. В 1925 г., после полагавшейся тогда годичной стажировки в сельской больнице и клиниках Киева, он защитил дипломную работу (тема которой – о диетическом лечении почечных больных – была, вероятно, получена им от Ф.Г. Яновского), и был принят ординатором в клинику Яновского. После смерти учителя он продолжал работать на кафедре факультетской терапии ассистентом, а затем доцентом у Н.Д. Стражеско. Одновременно он был сотрудником Института экспериментальной биологии и патологии, где его научными руководителями были Н.Д. Стражеско и М.Ф. Мельников-Разведенков. В 1936 г.

он защитил докторскую диссертацию о терминальных отёках мышц. В 1940 г. его избрали заведующим кафедрой факультетской терапии Львовского медицинского института. В годы Великой Отечественной войны проф. Примак – главный терапевт отдела эвакогоспиталей Наркомздрава Башкирии. С 1944 г. он – в Украинском институте клинической медицины; в 1952 – 1973 г. заведовал кафедрой пропедевтики внутренних болезней Киевского медицинского института. Его научные труды посвящены проблемам нефрологии, туберкулеза, ангиологии, гипертонической болезни, гипоксии. Он оставил воспоминания о первом своем учителе, раскрывающие педагогический талант Ф.Г. Яновского: «Увлекательное, живое и доходчивое изложение даже сложнейших вопросов патологии, тщательный разбор полученных фактов и образцы глубоко обоснованной диагностики разбираемых заболеваний у конкретных больных пользовались на лекциях таким вниманием учащихся, что аудитория факультетской терапевтической клиники всегда была переполнена. В то время посещение лекций не было обязательным, но на лекции Ф.Г. Яновского студенты старались приходить заблаговременно, чтобы занять место в аудитории. Обычно двухчасовая лекция читалась без перерыва ... изложение настолько увлекало слушателей, что многие из них подробно записывали лекции, пользуясь ими затем как основным учебным материалом. ...Многих молодых врачей Ф.Г. Яновский «увлекал в науку». Заинтересовав только что поступившего в клинику ординатора научной тематикой по определенному разделу, Феофил Гаврилович внимательно следил за его работой и общим развитием. И не один из начинающих врачей задумывался над тем, как может Феофил Гаврилович при своей чрезмерной занятости находить время для беседований о прочитанной литературе, о порядке проводимых исследований, о предварительных выводах. Живо интересуясь общей подготовкой молодого врача, Феофил Гаврилович проявлял и заботы о материальном положении своего нового ученика, хлопотал о трудоустройстве, о создании необходимых бытовых условий ... и умел заботливость эту передать своим ближайшим помощникам» [39].

Одесским учеником Ф.Г. Яновского был **Владимир Емельянович Ставраки** (1877–1932). Он родился в Одессе, в семье грека – купца, принявшего подданство России, окончил Александровскую гимназию в Николаеве с серебряной медалью (1896) и естественное отделение физико-математического факультета Петербургского университета с дипломом 1-й степени (1900) и был принят на 3-й курс медицинского факультета Университета св. Владимира в Киеве. Окончив университет в 1903 г. с дипломом лекаря с отличием, он вернулся в Одессу и был принят сверхштатным ординатором в факультетскую

терапевтическую клинику профессора Новороссийского университета С.В. Левашова, но в том же 1904 г. перешел на штатную должность ординатора госпитальной терапевтической клиники Ф.Г. Яновского. После возвращения проф. Яновского в Университет св. Владимира (1905) он продолжил свою трехлетнюю ординатуру на той же кафедре, а затем работал ординатором Старой и Новой городских больниц. Сдав экзамены на степень доктора медицины в Новороссийском университете (1909) [40], молодой врач в 1911 г. едет в Киев, к Ф.Г. Яновскому, чтобы определиться с темой диссертации; работает стажером в его клинике и, вероятно по его совету, с осени 1912 г. В.Е. Ставраки – практикант химической лаборатории Института экспериментальной медицины (Петербург), выполняет диссертационное исследование на тему «Материалы к изучению некоторых ферментативных функций в животном организме в связи с удалением поджелудочной железы». Защита диссертации состоялась в Военно-медицинской академии в 1914 г.; в диссертации ученик выразил благодарность учителю — «глубокоуважаемому профессору Феофилу Гавриловичу Яновскому, которому я обязан клиническим образованием». С 1915 г. В.Е. Ставраки – ассистент госпитальной терапевтической клиники Новороссийского университета, с 1922 г. проф. Ставраки заведовал той же кафедрой, но уже в реорганизованном и переименованном Одесском медицинском институте [41]. На смерть учителя в 1928 г. он откликнулся статьей с выразительным названием: «Светлой памяти дорогого учителя академика Ф.Г. Яновского» [42]. В августе 1931 г. он получил отпуск на три месяца в связи с необходимостью лечения, уехал в Грецию, где в следующем году скончался [43]. Выпускник Одесского медицинского института (1931) профессор-инфекционист С.Е. Шапиро свидетельствовал: «Ставраки я знал не только как преподавателя. Он в качестве частного практика лечил моих родителей. Был человеком мягким, не корыстолюбивым. ...В начале 30-х годов, когда жизнь стала в стране очень трудной, Ставраки, говорят, уехал в Грецию» [44].

Учеником Яновского с гордостью называл себя **Борис Соломонович Шкляр** (1896–1961). Он родился в г. Борисове Минской губернии, окончил гимназию в Баку с золотой медалью и поступил на медицинский факультет Университета св. Владимира, окончив который работал в 1921–1925 г. ординатором факультетской терапевтической клиники под руководством Ф.Г. Яновского. В 1934–1941 гг. и в 1944–1950 гг. он заведовал кафедрой пропедевтической, а в 1950–1961 г. – факультетской терапии Винницкого медицинского института; профессор с 1941 г. Его докторская диссертация «Клиника и патогенез альбуминурии в связи с функцией больной почки» (1940) развивала нефрологическое направление исследований клиники Яновского. Ряд

его работ посвящен проблемам кардиологии. Блестящий врач, лектор, педагог-методист, Б.С. Шкляр написал классический учебник «Диагностика внутренних болезней» (пять изданий в 1949–1971 гг.): чтобы создать такой учебник, надо было поработать у Яновского.

Однофамилец Ф.Г. Яновского **Всеволод Николаевич Яновский** (1889–1950) родился в г. Заславле Волынской губернии в семье уездного врача (сына священника), но уже на втором году жизни лишился отца: тот в возрасте 34 лет «умер на службе от брюшного тифа, которым заразился при уходе за больными, страдающими сей болезнью, во время существовавшей эпидемии тифа». В 1908 г. В. Яновский окончил с серебряной медалью Первую киевскую гимназию и поступил на медицинский факультет Университета св. Владимира; окончив его в ноябре 1914 г. зауряд-врачом 1-го разряда, он начал службу младшим ординатором Киевского военного госпиталя. Государственные (выпускные) экзамены он сдал в 1916 г. с утверждением его в степени лекаря [45]. В клинике Ф.Г. Яновского он работал в должности ассистента в 1920-е годы, под его руководством изучал бактериомию при туберкулезе легких, выполнил работы о действии руты душистой на изолированное сердце теплокровных животных и о клинической казуистике врожденных пороков сердца. В дальнейшем в качестве профессора Донецкого медицинского института (1936–1950) он продолжал разрабатывать вопросы легочной патологии; так, его доклад на Шестом съезде терапевтов УССР (Одесса, 1948) был посвящен вопросам патогенеза и клиники силикоза. В.Н. Яновский был автором первой обстоятельной и не потерявшей своего значения биографии учителя.

Основные направления исследований ведущих учеников Ф.Г. Яновского позволяют считать, что для его научной школы характерна разработка проблем пульмонологии и фтизиатрии, нефрологии и гастроэнтерологии, острых инфекционных заболеваний и методов непосредственной и лабораторно-инструментальной диагностики. Важнейшей особенностью этой школы представляется нравственный климат, в котором «святой доктор» воспитывал своих учеников.

Материалы наших исследований не позволяют включать в клиническую школу Яновского ошибочно приписываемых к ней профессоров М.Г. Беньяша, Л.Ф. Дмитренко и В.А. Эльберга. Моисея Григорьевича Беньяша (1874–1941) можно считать первым учеником Яновского: еще студентом 4-го курса он начал исследования в бактериологической лаборатории под руководством Яновского и опубликовал две работы – о действии хинина на возбудителя брюшного тифа и о видоизмененной реакции Видаля в диагностике брюшного тифа. По окон-

чании университета он стал профессиональным бактериологом; в 1911 г. защитил диссертацию на тему кислотной агглютинации бактерий. С 1932 г. проф. Беньяш возглавлял кафедру микробиологии Киевского института усовершенствования врачей. В 1941 г. после взятия Киева немецкой армией он стал жертвой холокоста. Конечно, называя учеников Ф.Г. Яновского, нельзя забывать имя М.Г. Беньяша, но включение бактериолога в состав клинической школы, по нашему мнению, противоречило бы требованиям научной корректности.

Профессор Л.Ф. Дмитренко является автором публикации – отклика на смерть Яновского, которую он назвал «Светлой памяти учителя» [46]. Можно ли на этом основании включать его в состав клинической школы Яновского? Леонид Филиппович Дмитренко (1875–1958), родился в Одессе, окончил 2-ю Одесскую гимназию с золотой медалью (1896) и медицинский факультет Университета св. Владимира в Киеве (1901), после чего работал в Одессе врачом Новой городской больницы. Как и другие городские врачи, он слушал лекции и видел незабываемые обходы и разборы больных, которые проводил Ф.Г. Яновский в 1904 г. – во время своей недолгой профессуры в Новороссийском университете (Одесса). В 1907–1909 г. Л.Ф. Дмитренко – штатный ординатор диагностической клиники проф. П.А. Вальтера в Новороссийском университете, с 1914 г. он – старший врач Одесского епархиального лазарета Красного Креста. В 1916 г. он защитил диссертацию, выполненную в лаборатории общей патологии Новороссийского университета под руководством В.В. Воронина; в 1919 г. избран приват-доцентом университета; с 1920 г. – профессор кафедры врачебной диагностики с пропедевтической клиникой. Приведенные биографические сведения позволяют называть Л.Ф. Дмитренко учеником Яновского (в расширительном толковании), однако они, как и основное (кардиологическое) направление его научных трудов, не свидетельствуют о возможности «прописать» его в научной клинической школе Яновского.

В литературе среди учеников Яновского фигурирует также Эльберг: это – ошибка, он был учеником проф. В.В. Виноградова. Владимир Александрович Эльберг (1891–1964) в 1914 г. окончил в Петербурге Военно-медицинскую академию, а после Первой мировой войны оказался в Киеве, где с 1920 г. работал на кафедре госпитальной терапевтической клиники ординатором, а с 1923 г. – ассистентом. В 1928 г., то есть уже после смерти проф. Виноградова, когда кафедрой госпитальной терапии заведовал Н.Д. Стражеско, он защитил докторскую диссертацию о холестеринном обмене. Это диссертационное исследование было начато по предложению проф. Виноградова и в большей

своей части проведено было под его руководством. В дальнейшем проф. Эльберг возглавлял терапевтические кафедры в Черновицком и Киевском медицинских институтах.

Таким образом, наши материалы позволяют назвать 12 профессоров, составивших киевскую научную клиническую школу Ф.Г. Яновского. Она включает 6 основных учеников (имена указаны в хронологическом порядке): А.Ф.Каковский, В.В.Виноградов, А.М.Зюков, В.Н. Иванов, В.Х. Василенко и Б.Е. Вотчал. Другие профессора – представители школы Яновского (имена даны в алфавитном порядке): И.В. Базилевич, А.Б. Бернштейн, Ф.Я. Примак, В.Е. Ставраки, Б.С. Шкляр, В.Н. Яновский.

ЛИТЕРАТУРА И ИСТОЧНИКИ:

1. Василенко В.Х. Предисловие. В кн.: Баренбойм А.М. Ф.Г. Яновский как фтизиатр. Киев: Госмедиздат УССР; 1956: 5.
2. Кнопов М.Ш., Тарануха В.К. Академик Н.Д. Стражеско – выдающийся представитель киевской терапевтической школы. Клиническая медицина. 2012; 11:75 – 77.
3. Бородулин В.И., Тополянский А.В. О понятии «научная школа» в клинической медицине (вопросы методологии и методики исследования). В кн.: Московские терапевтические школы. 20-е – 40-е годы 20-го века. М.; 2013: 6 – 17.
4. Бухштаб Л.Б. До питання про лікування черевного тифу. Українські медичні вісти. 1928; 7-8: 749.
5. Яновський В.М. Біографічні відомості про академіка Теофіла Гавриловича Яновського. В кн.: Збірник пам'яті академіка Теофіла Гавриловича Яновського. Київ; 1930: XI-LX.
6. Яновский Ф.Г. Опыт классификации врачебных мероприятий при лечении внутренних болезней. Русский врач. 1906; 9: 885 – 889.
7. Бородулин В.И., Глянецев С.П. Наши подходы к изучению проблемы научных клинических школ в России. В кн.: Труды по истории медицины. РОИМ. Т. 1. М.; 2016: 222 – 228.
8. Каковский А.Ф. К методике счисления организованных элементов мочи. Русский врач. 1910; 41: 1444 - 1417; Deutsche Medizinische Wochenschrift. 1910; 51 и 1911; 4.
9. Каковский А.Ф. К вопросу о влиянии растительных вкусовых веществ на течение нефритов. Терапевтическое обозрение. 1911; 14: 419 – 431 и 15: 453 – 460; его же. О влиянии употребления в пищу грибов на течение нефритов. Русский врач. 1912; 42: 1754 – 1758, и 43: 1783 – 1787.

10. *Послужной список А.Ф. Каковского. Гос. архив г. Киева. Ф. 16. Оп. 465. Д. 4787. Л. 12 – 21.*
11. *Отчет о состоянии и деятельности Императорского Харьковского университета за 1914 г. Харьков; 1915: 10.*
12. *Виноградов В.В. О выделении воды почками. Экспериментальное исследование. Киев; 1909.*
13. *Послужной список В.В. Виноградова. Гос. архив г. Киева. Ф. 16. Оп. 465. Д. 4775. Л. 32 - 39.*
14. *Зюков А.М. Обмен воды в организме: Физиология и патология. Харьков; 1928.*
15. *160 років Національному медичному університету. Київ; 2001: 139.*
16. *Личное дело преподавателя А.М. Зюкова. Гос. архив г. Киева. Ф. 16. Оп. 465. Д. 4786. Л. 18 – 21.*
17. *Личное дело студента В.Н. Иванова. Гос. архив г. Киева. Ф. 16. Оп. 465. Д. 17617. Л.1-39.*
18. *Послужной список о службе В.Н. Иванова. Гос. архив г. Киева. Ф. 16. Оп. 465. Д. 4786. Л. 18-21.*
19. *Свінціцький А.С., Дземан М.І., Шило Г.В. Феномен академічної школи Вадима Миколайовича Іванова. Київ; 2009.*
20. *Личное дело проф. В.Н. Иванова. Гос. Архив г. Киева. Ф. Р-352. Оп. 43. Д. 283. Л. 1-95.*
21. *Трахтенберг И.М. Слово об Alma mater. Киев; 2006: 35-36.*
22. *Віленський Ю.Г., Свінціцький І.А. Вадим Миколайович Іванов: велетень духу й науки. Практикуючий лікар. 2014; 2: 91 – 95.*
23. *Личное дело студента В.Х. Василенко. Гос. архив г. Киева. Ф. 16. Оп. 465. Д. 16485. Л. 1 – 23.*
24. *Запись беседы с Т.И. Карапетян-Василенко от 20.6.1989 г. – в личном архиве В.И. Бородулина.*
25. *Голочевская В.С. Вспоминая Владимира Харитоновича Василенко (1897 – 1987). М.; 1997: 3, 15, 168.*
26. *Вотчал Б.Е. Очерки клинической фармакологии. 2-е изд. М.: Медицина; 1965; 3-е изд. М.: МИА; 2007.*
27. *Энциклопедический словарь медицинских терминов. 2-е изд. М.: Медицина; 2001: 169.*
28. *Некролог: Борис Евгеньевич Вотчал. Терапевтический архив. 1972; 3: 119 – 120; Соловей М.Г., Грибанов Э.Д. Академик АМН СССР Борис Евгеньевич Вотчал (к 80-летию со дня рождения). Терапевтический*

- архив. 1976; 9: 150 – 152; Кнопов М.Ш., Тарануха В.К., Кузьменкова Л.В. Борис Евгеньевич Вотчал – новатор отечественной терапии (к 120-летию со дня рождения). Клиническая медицина. 2015; 7: 78 – 80.*
29. *Студенческое дело Б. Вотчала. Гос. архив г. Киева. Ф. 16. Оп. 465. Д. 16648. Лл. 3, 3 об., 4, 25 (метрическое свидетельство; аттестат зрелости – подлинник; формулярный список Е.Ф. Вотчала).*
30. *Жмуркин В.П., Сточик А.А., Пантелеева Е.Ю. Представителем какой профессиональной школы был академик АМН СССР Б.Е. Вотчал? В кн.: Медицинская профессура СССР. М.: Русский врач; 2008: 85.*
31. *Автобиография Б.Е. Вотчала. Архив АМН СССР. Ф.1. Оп. 8/2. Д. 32. Л. 9.*
32. *Запись беседы с проф. Г.П. Кулаковым (1987). Личный архив В.И. Бородулина.*
33. *Студенческое дело И.В. Базилевича. Гос. Архив г. Киева. Ф. 16. Оп. 465. Д. 15951. Л. 1-40.*
34. *Базилевич И.В. Поверхностное натяжение мочи и его клиническое значение. (Экспериментальное и клиническое исследование). Киев; 1928.*
35. *Личное дело преподавателя И.В. Базилевича. Гос. архив г. Киева. Ф. Р-340. Оп. 4. Д. 5. Л. 1-5.*
36. *Базилевич І.В. Теофіл Яновський (1860 – 1928). Лікарський вісник (Нью-Йорк). 1955; 2 (4): 23 – 28.*
37. *Бернштейн А.Б. О применении калий нуретманганісі при отравлениях препаратами опиума. Врачебное дело. 1924; 4: 177 – 180.*
38. *Бернштейн А.Б. Умолкло кроткое, благородное сердце. Вечерний Киев. 1928, 9 июня; 158: 3.*
39. *Примак Ф.Я. Феофил Гаврилович Яновский как педагог. Врачебное дело. 1961; 9: 143 – 145.*
40. *Дело державшего испытание на степень доктора медицины В.Е. Ставраки. Гос. Архив Одесской обл. Ф. 45. Оп. 20. Д. 139. Л. 31.*
41. *Личное дело проф. В.Е. Ставраки. Архив Одесского национального медицинского университета. Д. 982. Л. 1-128.*
42. *Ставраки В.Е. Светлой памяти дорогого учителя академика Ф.Г. Яновского. Одесский медицинский журнал. 1929; 1: 1 – 7.*
43. *Профессора Одесского национального медицинского университета (1900–2015). Биографический словарь / Сост. В.Н. Запорожан, В.И. Кресюн, Г.И. Хандрикова. Одесса; 2016: 251.*

44. *Письмо С.Е. Шапиро К.К. Васильеву (1985) – в личном архиве К.К. Васильева.*
45. *Личное студенческое дело В.Н. Яновского. Гос. архив г. Киева. Ф. 16. Оп. 465. Д.21299. Л. 1 – 44.*
46. *Дмитренко Л.Ф. Светлой памяти учителя – академика Феофила Гавриловича Яновского. Одесский медицинский журнал. 1928; 7: 566 – 567.*

ИЗ ИСТОРИИ ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ МОСКОВСКОГО УНИВЕРСИТЕТА: ПРОФЕССОР ЛЕОНИД ЕФИМОВИЧ ГОЛУБИНИН (1858 – 1912)

К.А. Пашков, П.В. Шадрин

Кафедра истории медицины МГМСУ имени А.И. Евдокимова

FROM THE HISTORY OF THE DEPARTMENTAL THERAPEUTIC CLINIC OF MOSCOW UNIVERSITY: PROFESSOR L. E. GOLUBININ (1858 – 1912)

K.A. Paskov, P.V. Shadrin

A.I. Yevdokimov Moscow state university of medicine and dentistry

Аннотация: Статья посвящена полузабытому сегодня видному московскому терапевту начала двадцатого века профессору Л.Е. Голубину. На основе анализа литературных и архивных материалов авторы рассматривают биографические сведения о нем и новый в литературе вопрос о формировании в факультетской терапевтической клинике Императорского московского университета терапевтической школы В.Д. Шервинского – Л.Е. Голубина; тем самым они создают краткую основу научной биографии замечательного врача и человека.

Ключевые слова: Московский университет, клиника внутренних болезней в России, Л.Е. Голубинин, В.Д. Шервинский.

Abstract: The article is devoted to a half-forgotten prominent Moscow physician of the early twentieth century professor L. E. Golubino. Based on the analysis of literary and archival materials the authors consider his biography and put forward a hypothesis about the formation of V. D. Shervinsky – L. E. Golubinin therapeutic school at the departmental thera-

peutic clinic of the Imperial Moscow University. Thereby they create a brief basis for the scientific biography of the remarkable doctor and person.

Key-words: Moscow University, internal medicine clinic in Russia, L. E. Golubinin, V. D. Shervinsky.

Профессор Императорского Московского университета Л.Е. Голубинин заведовал кафедрой факультетской терапии в 1907 – 1912 гг., то есть после В.Д. Шервинского и до Н.Ф. Голубова; при этом в истории кафедры его имя находится как бы в тени: в фундаментальной статье проф. В.Н. Смотров о факультетской терапевтической клинике (1940) (*Смотров В.Н.*) ему отведено несколько строк, с грубыми фактическими ошибками (начиная с даты рождения). Первый серьезный его биограф Е.Н. Артемьев (в 1957 г. защитил докторскую диссертацию по истории этой клиники) (*Артемьев Е.Н. М., 1957*) ничего не сообщил о самой главной исторической заслуге Л.Е. Голубина – создании вместе с В.Д. Шервинским крупнейшей научной терапевтической школы Московского университета. Совершенно ошибочным является следующее утверждение этого автора по поводу протеста университетских профессоров против политики Кассо: «эти мероприятия заставили в знак протеста подать в отставку многих видных профессоров, среди которых был и предшественник Николая Федоровича (Голубова) по факультетской терапевтической клинике проф. Л.Е. Голубинин» (*Артемьев Е.Н. М., 1989*). На самом деле во время коллективной протестной акции профессоров и преподавателей университета в 1911 г. Л.Е. Голубинин, будучи «убежденным последователем идеи автономии высшей школы», все же не покинул университет, так как понимал непоправимый урон от такой акции для всего высшего медицинского образования. По поручению медицинского факультета университета он одновременно с заведованием факультетской терапией руководил и клиникой нервных и душевных болезней вместо покинувшего университет ординарного профессора В.К. Рота (ЦИАМ. Ф. 418.). Профессор Н.Ф. Голубов в 1812 г. стал директором факультетской терапии не после увольнения, а после смерти Л.Е. Голубина. Таким образом, эти историки кафедры слабо ориентировались в основных биографических сведениях, относящихся к Л.Е. Голубину, и недооценили его роль в истории московской терапевтической клиники.

Действительный статский советник профессор Леонид Ефимович Голубинин был потомственным дворянином, сыном отставного полковника. Он родился 4 (16) апреля 1858 г. в Екатеринославе (затем Днепропетровск), там же окончил гимназию и в 1875 г. поступил на медицинский факультет Московского университета. По окончании университета в 1880 г. он прошел стажировку в клиниках С.П. Боткина

и Э.Э. Эйхвальда в Петербурге, работал экстерном в московской Мариинской больнице, земским врачом в Пензенской губернии, ординатором Шереметевской больницы в Москве: в этой больнице и началось врачебное сотрудничество В.Д.Шервинского и Л.Е.Голубинина, который был уже сформировавшимся врачом (поэтому нет оснований называть его учеником В.Д.Шервинского). С 1896 г. после защиты диссертации на тему «Значение количественных изменений гемоглобина и красных шариков при некоторых болезнях» он был утвержден приват-доцентом университета (читал лекции о болезнях крови) и сверхштатным ассистентом его общей клинической амбулатории, созданной В.Д.Шервинским при кафедре частной патологии и терапии.

В 1899 г., когда В.Д.Шервинского избрали директором факультетской терапевтической клиники, Л.Е.Голубинин перешел вместе с ним на эту кафедру штатным ассистентом. В 1907 г. В.Д.Шервинский за выслугой лет и получением пенсии заслуженного профессора оставил кафедру и по конкурсу на освободившуюся кафедру был утвержден в качестве экстраординарного профессора Л.Е.Голубинин. Однако В.Д.Шервинский остался почетным директором и фактическим научным руководителем клиники (до 1912 г.), заслуженным ординарным профессором университета. Он продолжал раз в неделю делать обходы; его лекции и обходы закончились только в 1-м семестре 1912 г. Таким образом, В.Д.Шервинский и Л.Е.Голубинин совместно руководили факультетской терапией больше 10 лет. Их связывали единство научных и врачебных взглядов, искреннее уважение друг к другу, совместная работа и на кафедре, и в Московском терапевтическом обществе, где В.Д.Шервинский был председателем, а Л.Е.Голубинин - товарищем (то есть заместителем) председателя.

Университетский отчет за 1910-й год указывает, что факультетская терапия «имеет 67 кроватей: 37 – в мужском и 30 – в женском отделениях. В течение года находилось в клинике 375 больных... Приходящими больными было сделано 3195 посещений». В течение года приобретен ряд приборов и аппаратов, в том числе три прибора для счета красных кровяных шариков Тома – Цейсса, рентгеновские трубки Бауэра и Гунделяха, держатель пластинок для снимков черепа. «Библиотека при клинике пополнялась выписыванием медицинских... периодических изданий, а также и приобретением новых книг, а именно: выписывалось на русском языке 4 журнала, на немецком и французском языках 12 и было приобретено на разных языках 30 названий книг» (Отчет ...).

Сотрудниками Л.Е. Голубинина были штатный ассистент

И.Ф. Горбачев, 4 сверхштатных ассистента, в т.ч. М.П. Кончаловский и Д.Д. Плетнев, 5 штатных ординаторов, в т.ч. Е.Е.Фромгольд, 6 сверхштатных ординаторов, в т.ч. В.Н. Виноградов и М.И. Вихерт, и 1 лаборант. Приват-доценты Д.А. Бурмин, Д.Д. Плетнев и Л.А. Тарасевич (в дальнейшем широко известные московские профессора) читали лекции и вели практические занятия. Укреплению материально-технической базы клиники способствовали ежегодные зарубежные поездки профессора и его сотрудников: все новое и перспективное немедленно перенималось и внедрялось в научную и лечебную работу.

В научном творчестве Л.Е. Голубинин не был особенно плодовит: общее число его работ – около 30; они посвящены, главным образом, проблемам гематологии, гастроэнтерологии, эндокринологии и пульмонологии. Кроме диссертации по вопросам морфологии красной крови (1896), «Клинических лекций» (1903) и монографии об энтероптозе (1912) (Голубинин Л.Е. М., 1912), к основным его публикациям можно отнести, описание клинической картины актиномикоза легких (1886), разработку вопросов диагностики опухолевого плеврита (1902) и дифференциального распознавания между туберкулезным перитонитом и злокачественными опухолями брюшины (1903), сообщение о применении метода сахарной нагрузки для выявления как предрасположения к сахарному диабету, так и ранних его форм (1911) (Голубинин Л.Е. М., 1912). На международных врачебных конгрессах и российских терапевтических съездах он доложил свои исследования «К этиологии хлороза» (1897), «О лечении аневризм аорты подкожными инъекциями желатины» (1900), «Серодиагностика при внутренних болезнях» (1910) и др. По просьбе студентов он еще в 1904 г. составил пользовавшееся популярностью пособие «Минеральные воды и лечебные грязи», в котором приводились сведения о расположении и химическом составе минеральных вод и лечебных грязей, а также о механизме их воздействия на организм.

В клинике Л.Е. Голубинина нашли практическое применение бактериологические, биохимические и серологические методы исследования, рентгенодиагностика, зондирование желудка, аппаратная физиотерапия и водолечение. Л.Е. Голубинин видел перспективность электрокардиографии как метода диагностики болезней сердца и завещал средства, на которые уже после его смерти (при профессоре Н.Ф. Голубове) был приобретен электрокардиограф – электрокардиографическим кабинетом заведовал приват-доцент В.Ф. Зеленин. В 1911 г. в этой клинике был наложен искусственный пневмоторакс при туберкулезе легких; доклад Л.Е. Голубинина об

этом случае на заседании Московского терапевтического общества 11 апреля 1912 г. послужил сигналом к началу применения этого метода в московской лечебной практике. Что касается лекарственной терапии туберкулеза, возможности ее в то время были минимальными, и решающую роль в борьбе с туберкулезом Л.Е. Голубинин придавал «широкому применению всех тех мероприятий, какие улучшают быт народа, повышают его культурность и материальную обеспеченность» (Голубинин Л.Е. М., 1904).

Не являясь прямым учеником В.Д. Шервинского, Л.Е. Голубинин был его единомышленником, товарищем и ближайшим помощником. Они совместно в 1900 – 1912 гг. создали в факультетской терапии единую научную терапевтическую школу. Под руководством Л.Е. Голубинина продолжали или начинали свою работу в клинике ординаторы, затем ассистенты М.П. Кончаловский (экстерн в 1899 г., сверхштатный ординатор с 1901 г., штатный ординатор с 1904 г., сверхштатный ассистент с 1905 г.) и Е.Е. Фромгольд (сверхштатный ординатор с 1905 г.), сверхштатные, затем штатные ординаторы М.И. Вихерт (с 1908 г.) и В.Н. Виноградов (с 1910 г.): они составили основу школы Шервинского – Голубинина. Наличие такой школы сомнений не вызывает, и эта школа (М.П. Кончаловский, Е.Е. Фромгольд, М.И. Вихерт, В.Н. Виноградов, М.И. Певзнер) сыграла в истории клиники внутренних болезней в СССР исключительно важную роль (Бородулин В.И. М., 2015). Вряд ли следует включать в нее других видных сотрудников клиники – у них были свои учителя (у Д.Д. Плетнева - К.М. Павлинов, А.Б. Фохт в Москве, Ф. Краус – в Берлине, у Д.А. Бурмина – А.А. Остроумов). Для этой школы характерны сочетание клинико-морфологического и экспериментального методов исследования, функциональный подход к проблемам патологии, особый интерес к разработке новых инструментальных и лабораторных способов диагностики. В научной тематике преобладали проблемы болезней органов пищеварения, почек, системы крови, эндокринных заболеваний и патологии обмена веществ, разработка электрокардиографического метода диагностики болезней сердца. В содружестве основателей школы В.Д. Шервинского и Л.Е. Голубинина можно отметить определенное «распределение обязанностей»: первый играл решающую роль в формировании сотрудников как научных исследователей, а второй оказал сильное влияние на становление их клинического мышления и нравственных врачебных установок.

Леонид Ефимович Голубинин умер 10 (23) сентября 1912 г. после тяжелой болезни (рак тела поджелудочной железы).

М.П. Кончаловский вспоминал: «Клиники осиротели. Похороны были грандиозные. Врачи его очень любили, и он действительно о них очень заботился. Все ординаторы по очереди помогали ему при его домашнем приеме и этим себя материально совершенно обеспечивали» (Кончаловский М.П. М., 1996). В посвященной его памяти речи В.Д. Шервинский сказал: «Да, господа, все согласны с тем, что Леонид Ефимович был хорошим клиницистом, хорошим практическим врачом, хорошим профессором, хорошим товарищем, но, что важнее всего, он был необыкновенно хорошим человеком в полном смысле этого слова. В этом-то и заключалось обаяние его личности...» (Шервинский В.Д. М., 1913). Профессор Н.Ф. Голубов писал: «Насколько покойный Л.Е. пользовался любовью своих сослуживцев, товарищей и подчиненных, можно было видеть в день его тридцатилетнего юбилея, отпразднованного с необычайной теплотой. А насколько покойный любил родной Университет, видно из того, что почти три четверти своего состояния (около 140 тысяч) он завещал на различные нужды Университета и клиник» (Голубов Н. М., 1912).

ЛИТЕРАТУРА:

1. *Смотров В.Н. Факультетская терапевтическая клиника. 175 лет первого МГМИ. М.: Медгиз, 1940. – С. 284 – 285.*
2. *Артемьев Е.Н. Факультетская терапевтическая клиника 1 МОЛМИ им. И.М.Сеченова и ее роль в развитии внутренней медицины. М., 1957. Дисс. докт.: 245 - 252.*
3. *Артемьев Е.Н. Н.Ф. Голубов – видный представитель московской школы терапевтов. Клиническая медицина. М., 1989. Т. 67; 8: 146-149.*
4. *Голубинин Л.Е. Энтероптоз, его патогенез, симптоматология и лечение. М., 1912.*
5. *Голубинин Л.Е. Принципы лечения сахарного диабета. Медицинское обозрение, 1911. - № 12.*
6. *Голубинин Л.Е. Значение лекарственных препаратов в деле борьбы с туберкулезом. Труды факультетской терапевтической клиники в честь проф. В.Д. Шервинского. М., 1904. – С. 225.*
7. *Бородулин В.И. Отечественная клиника накануне Первой мировой войны и революций семнадцатого года // Клиническая медицина от истоков до 20-го века. Лекции. М., 2015. – С. 337 – 365.*
8. *Кончаловский М.П. Моя жизнь, встречи и впечатления // Исторический вестник ММА им. И.М. Сеченова. – М., 1996. – Т. VI. – С. 97 и 103.*

9. Шервинский В.Д. Памяти Леонида Ефимовича Голубинина. Речь на заседании Московского терапевтического общества 1 октября 1912 г. // Труды Московского терапевтического общества, осеннее полугодие 1911 и оба полугодия 1912 г. - М., 1913.
10. Голубов Н. Леонид Ефимович Голубинин // Отчет о состоянии и действиях Императорского Московского университета за 1912 г. - М., 1913. - С. 12 – 13.
11. Отчет о состоянии и действиях ИМУ за 1910 г. М., 1911: 233 – 235.
12. ЦИАМ. Ф. 418. Оп. 89. Д. 766. Л. 1.
13. Голубинин Л.Е. Клинические лекции. - М., 1903.
14. Голубинин Л.Е. Серодиагностика при внутренних болезнях. - М., 1910.
15. Леонид Ефимович Голубинин. Биографический очерк // Медицинское обозрение, 1910. - LXXIV (19). - С. I – II.
16. Голубинин Л.Е. Минеральные воды и лечебные грязи. - М., 1912.
17. Голубинин Л.Е. Энтероптоз, его патогенез, симптоматология и лечение. - М., 1912.
18. Лушников А.Г. Виднейшие деятели медицины. Клиника внутренних болезней в России. М., 1962. - С. 220.
19. Циклик А.М. Вопросы клинической медицины в трудах Л.Е. Голубинина (К 120-летию со дня рождения) // Клиническая медицина. - 1978. - Т. 56. - № 6. - С. 135 – 137.
20. Бородулин В.И. Терапевтическая школа В.Д. Шервинского - Л.Е. Голубинина // Исторический вестник ММА им. И.М. Сеченова. - М., 1996. - Т. 6. - С. 54 – 64.
21. Голубинин Леонид Ефимович // Деятели медицинской науки и здравоохранения - сотрудники и питомцы Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова. Биографический словарь / Составители и редакторы М.А. Пальцев, А.М. Сточик, С.Н. Затравкин. - М., 2009. - С. 148 – 149.

АНАТОЛИЙ МИХАЙЛОВИЧ ОРОБЕЙ – ВРАЧ И ОРГАНИЗАТОР

Ю.И. Бравве, И.О. Байкалов, А.Б. Масленников
ГБУЗ НСО «Городская клиническая больница № 1»

ANATOLIY MIKHAILOVICH OROBEY – DOCTOR AND ORGANIZER

Y.I. Bravve, I.O. Baikarov, A.B. Maslennikov
State budgetary institution of health care of the Novosibirsk region
«City clinical hospital №1»

Аннотация: Статья посвящена врачебной и организаторской деятельности Заслуженного врача Российской Федерации А.М. Оробей – основателя и первого главного врача Государственного Новосибирского областного клинического диагностического центра.

Ключевые слова: Оробей А.М., врач, организатор, Государственный Новосибирский областной клинический диагностический центр.

Abstract: The article is devoted to the medical and organizational activities of the Honored doctor of the Russian Federation A.M. Orobei – the founder and the first chief physician of the State Novosibirsk regional clinical diagnostic center.

Key-words: Orobei A.M., doctor, organizer, State Novosibirsk regional clinical center.

Оробей Анатолий Михайлович родился 21 ноября 1933 году в селе Белово Ребрихинского района Алтайского края. Год поступления его в школу совпал с началом Великой Отечественной войны, суровые годы которой внесли поправку в учебу — все мальчишки начали работать в колхозе, не по возрасту, а с восьми лет, и из всех своих сверстников доучился до 10 класса только один Анатолий. Учился хорошо, мечтал стать физиком-химиком или математиком. Но началась «холодная война» и насущной задачей была реорганизация Советской Армии, так Анатолий Михайлович оказался в Омском военно-медицинском училище им. Н. Щорса (филиал ВМА им. С.М. Кирова).

Окончив Омское военно-медицинское училище, служил в воздушно-десантных войсках в медицинской службе. После успешной службы в Вооруженных силах в 1960 году поступил в Новосибирский Государственный медицинский институт. Учебу совмещал с работой заведующим здравпунктом в городской больнице № 30. После окончания

института Анатолий Михайлович прошел путь от цехового врача-терапевта до заместителя заведующего городским отделом здравоохранения, а в 1984 году был назначен уже заведующим отделом здравоохранения города Новосибирска.

Работая в отделе здравоохранения Новосибирского горисполкома, Анатолий Михайлович занимался проблемами организации медицинской помощи населению города Новосибирска и области. В этот период в Новосибирске планомерно расширялась сеть ЛПУ и укреплялась их материально-техническая база. Было построено или же переоснащено более 120 медицинских учреждений, на базах которых развивались и создавались специализированные службы: кардиологическая, ревматологическая, аллергологическая, пульмонологическая, стоматологическая. Во взрослых и детских больницах, родильных домах были созданы анестезиологическая, реанимационная и неонатологическая службы, появилась медико-генетическая и цитологическая службы. Были построены городская станция скорой медицинской помощи и ее подстанции в Ленинском, Кировском, Заельцовском, Первомайском и Советском районах, организованы специализированные бригады скорой помощи. За ЛПУ города были закреплены 16 подшефных районов Новосибирской области. Ежегодно в центральные районные больницы выезжали сотни врачей, оказывавших консультативно-диагностическую помощь более чем 10 тыс. пациентов. Проводились профосмотры колхозников, учащейся сельской молодежи и юношей допризывного возраста - до 30 тыс. в год, примерно столько же делалось рентгенофлюорографических обследований передвижными установками. В стационары города и родильные дома ежегодно госпитализировалось от 5 до 7 тыс. сельских жителей.

В 1988 году Анатолий Михайлович Оробей инициировал работу по созданию Новосибирского областного диагностического центра, стал его первым главным врачом. Благодаря поддержке и помощи министра здравоохранения СССР академика Е.И. Чазова, председателя исполкома Новосибирского областного Совета народных депутатов В.А. Бокова, начальника Управления здравоохранения Новосибирского облисполкома В.Н. Денисова было принято решение о перепрофилировании строящегося корпуса на территории городской больницы под областной диагностический центр мощностью 1200 посещений в две смены; в кратчайшие сроки проведена реконструкция корпуса и обеспечено оснащение его новым оборудованием. Особое внимание Анатолий Михайлович уделял тщательному подбору, воспитанию и обучению кадров, а главное — сплочению их в единый высококвалифицированный коллектив профессионалов, способный работать с принципами

ально новыми диагностическими и организационными технологиями.

Создание и становление Новосибирского областного диагностического центра проходило в сложных условиях Перестройки и связанных с этим жестких бюджетных ограничений и других организационно-экономических трудностей. Однако Анатолию Михайловичу удалось создать центр, в котором было сосредоточено самое современное высокотехнологическое медицинское оборудование рентгенологического, функционального и лабораторного профиля. Оборудование с момента установки было задействовано с полной плановой нагрузкой, а грамотно сформированные потоки пациентов позволили всем лечебным учреждениям в полной мере воспользоваться новыми диагностическими возможностями. Был расширен спектр диагностических услуг, возросла их точность и достоверность, увеличилась их доступность для населения. Это был качественный инновационный рывок в развитии здравоохранения Новосибирской области, позволивший обеспечить доступность для детей, взрослых и семей в целом в рамках одного медучреждения на основе высокотехнологичных медицинских технологий многопрофильной комплексной консультативно-диагностической помощи на догоспитальном, госпитальном, постгоспитальном и реабилитационном этапах.

На протяжении почти тридцати лет в ГНОКДЦ ежегодно более 200 тыс. пациентов (среди которых 55 % составляют лица трудоспособного возраста) получают высококвалифицированную специализированную помощь в разных подразделениях центра, обеспечивающих (помимо многопрофильного консультирования этих пациентов) все необходимые обследования в объеме до 250 тыс. диагностических аппаратно-инструментальных и 1 млн. лабораторных исследований. В целях повышения эффективности управления государственной собственностью Новосибирской области ГБУЗ НСО «ГКБ № 1» была реорганизована в форме присоединения к ней ГБУЗ НСО «ГНОКДЦ» с сохранением его основных целей и задач (распоряжение правительства Новосибирской области от 31.05.2016 № 169-рп).

Сотрудниками ГНОКДЦ по материалам работы центра было выполнено и защищено 24 кандидатских и 5 докторских диссертаций (Олесова В.Н., Бравве Ю.И., Песков С.А, Томчук А.Л., Гаскина Т.К.) по актуальным вопросам клинической медицины, организации здравоохранения, социологии медицины, причем половина из них — за последние десять лет. Врачи-специалисты центра активно выступают на национальных и зарубежных научных форумах. Анатолий Михайлович всегда приветствовал и способствовал этому. Сам регулярно выступал с докладами на научно-практических конференциях, медицинских

активах, семинарах. Подготовил более пятидесяти печатных работ. До последнего дня активно занимался общественной работой в Совете ветеранов организаторов здравоохранения города Новосибирска.

Вся трудовая деятельность Анатолия Михайловича была неразрывно связана с развитием здравоохранения Новосибирской области. За заслуги и многолетний добросовестный труд ему было присвоено звание «Заслуженный врач Российской Федерации»; он награжден орденом Трудового Красного Знамени; медалью Минздрава России «За заслуги перед отечественным здравоохранением»; медалью «100 лет профсоюзам России»; нагрудным знаком «Отличнику здравоохранения Российской Федерации»; почетным знаком им. академика Н.И. Пирогова; медалью «За вклад в развитие Новосибирской области»; памятным знаком «За труд на благо города Новосибирска»; многочисленными почетными грамотами.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Современные медицинские технологии: Методы исследований в диагностическом центре / Под ред. А.М. Оробей. Новосибирск, 1999. 102 с.*
2. *Бравве Ю.И., Агеева Е.Ю., Оробей А.М. и др. Современные диагностические технологии в амбулаторно-поликлинической практике / Под ред. Ю.И. Бравве. Новосибирск: Сибмедиздат, 2004. 168 с.*
3. *Бравве Ю.И., Агеева Е.Ю., Оробей А.М. и др. Доказательная клиническая диагностика в амбулаторно-поликлинической практике: монография / Под ред. Ю.И. Бравве. Новосибирск: Изд-во НГТУ, 2010. 312 с.*
4. *Бравве Ю.И., Оробей А.М. Государственный Новосибирский областной клинический диагностический центр // История здравоохранения Новосибирска / Под ред. В.М. Чернышева, А.Ф. Финченко. Новосибирск: Типография СО РАМН, 2005. – С. 483-487.*
5. *Бравве Ю.И., Оробей А.М., Масленников А.Б., Песков С.А. Эффективность использования медицинского оборудования и производительность труда как важнейшие критерии в оценке деятельности лечебно-профилактического учреждения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2011. № 5. С. 49-53.*

6. *Маринкин И.О., Бравве Ю.И., Ахременко Г.П. и др. Новосибирский клинический диагностический центр: ступени успеха: монография / Под ред. И.О. Маринкина, Ю.И. Бравве. Новосибирск: Сибмедиздат НГМУ, 2013. – 102 с.*

АРНИС ВИКСНА / ARNIS VĪKSNA (1942-2018)

К.К. Васильев

Одесский национальный медицинский университет, Украина

ARNIS VĪKSNA (1942-2018)

К.К. Vasiliyev

Odessa National Medical University, Ukraine

Аннотация: В связи со смертью историка медицины Латвии, академика Латвийской академии наук А. Вискны рассказывается об основных этапах его жизни и деятельности.

Ключевые слова: Историки медицины, СССР, Латвия, А. Вискна.

Abstract: Main stages of life and activity in connection with death of the historian of medicine in Latvia, Academician of Latvian Academy of Sciences A. Vīksna are covered.

Key-words: historians of medicine, USSR, Latvia, A. Vīksna.

25 апреля 2018 г. в Риге скончался самый выдающийся современный историк медицины Латвии, академик Латвийской академии наук Арнис Андреевич Вискна. Он автор более 30 монографий по истории медицины и здравоохранения Латвии, а всего у него около 3000 публикаций.

Он родился 25 февраля 1942 г. на востоке Латвии в посёлке Лубана (Lubāna) – теперь это город. В 1966 г. Арнис Вискна окончил Рижский медицинский институт и с 1969 г. начал работать в Музее медицины им. П. Страдыня. Здесь им была подготовлена диссертация на степень кандидата медицинских наук (1971). В 1994 г. при прохождении переаттестации он был призван в степени доктора медицины honoris causa, в 1995 г. избран в члены-корреспонденты Латвийской АН, а в 2001 г. стал действительным членом этой Академии. С 1998 г. А. Вискна преподавал историю медицина в Латвийском университете в качестве профессора и в 2011 г. возглавил кафедру медицинской педагогики, этики и истории в том же вузе. С 2015 г. и до конца жизни он снова трудился в Музее истории медицины им. П. Страдыня.

С начала своей научной деятельности и до последних дней жизни Арнис Вискна сосредоточил свои усилия на исследовании развития медицинского дела и медицинской науки в Латвии. Пожалуй, у него нет опубликованных работ, а как сказано выше, он автор около 3000 публикаций, в которых он бы выходил за границы данного научного направления. Уже на студенческой скамье у него появились исследования о латышской народной медицине. Его кандидатская диссертация о социальных условиях здоровья трудящихся и о становлении и первых шагах советского здравоохранения в Латвии (1893-1919 гг.). С начала научного творчества у А. Вискна проявился интерес к скрупулезной архивной работе, к тщательному сбору и критическому анализу историко-медицинских фактов. Не случайно он составил и издал биобиблиографию крупнейшего историка медицины Прибалтики Исидора Брензона (I. Brennsohn; 1854-1928). В течении нескольких десятилетий он составлял выходившие ежегодно «Юбилейные и памятные даты истории медицины и здравоохранения Латвии».

Я был с ним знаком с 1975 г., когда принял участие в проходившей в Риге 10-й Прибалтийской конференции по истории науки. В последствии не раз с ним встречался как на прибалтийских (в постсоветскую эпоху балтийских) конференциях по истории науки, так и на всесоюзных форумах историков медицины, постоянным участником которых также был Арнис Вискна. Помню его на III Всесоюзном съезде историков медицины в Кобулету (1986). Перед Арнисом Андреевичем на столе стопка: прекрасно изданный на латышском языке с цветными фотографиями каталог «Памятники медицины Латвии». И мне он подарил со своей подписью эту книгу. Я написал на неё рецензию, а журнал «Советское здравоохранение» поместил её на своих страницах. Тогда я отмечал, что каталог А. Вискны должен быть взят за образец другими регионами Советского Союза.

Здесь отметим фундаментальную монографию проф. Вискны «Врачи и медицинское дело Латгалии: 1772-1918» (2004; на латышском языке). Этот труд стал дополнением книги И. Брензона о развитии медицинского дела в Лифляндии и его же аналогичной книги в Курляндии. Книга А. Вискны хронологически охватывает период с момента включения Латгалии в состав Российской империи до провозглашения Латвийской республики. Так же как работа И. Брензона, монография А. Вискны должна быть под рукой у каждого историка медицины, который занимается медициной Российской империи.

Самая последняя книга Арниса Вискны о хирурге и историке медицины, член-корреспонденте АМН СССР Паулсе Страдыне (1896-1958), которую он презентовал в день рождения своего героя – 17 января 2018 г.

В постсоветскую эпоху проф. Вискна продолжал сотрудничать с коллегами из России. Так, он регулярно представлял свои тезисы на историко-медицинские симпозиумы, которые организовывались под руководством проф. М.Б. Мирского в Национальном НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко, и на проводимые академиком А.М. Сточиком конференции «Медицинская профессура Российской империи и СССР». Кроме того, он посылал свои материалы для конференций по истории стоматологии (кафедра истории медицины Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова; заведующий проф. К.А. Пашков).

В 2009 г. Арнис Вискна последний раз смог приехать в Москву для участия в работе III Съезда Конфедерации историков медицины (международной). Помнится, что затем он перестал приезжать и на Балтийские конференции по истории науки (в Литву и Эстонию). Последний раз мы встретились в Риге на 27 Балтийской конференции в 2015 г.

Пусть пухом будет ему земля.

ИЛЬЯ АЛЕКСЕЕВИЧ ГОЛЯНИЦКИЙ (1888-1939)

*С. А. Зурнаджан, Т. А. Левина
Астраханский государственный медицинский университет,
Астрахань, Россия*

ILYA ALEKSEEVICH GOLYANITSKI (1888-1939)

*S. A. Zurnadzhan, T. A. Levina
Astrakhan state medical University, Astrakhan, Russia*

К 130-летию со дня рождения российского хирурга-экспериментатора, доктора медицинских наук, основателя травматологического института в Саратове (1919), первого заведующего кафедрами оперативной хирургии и топографической анатомии (1920) и факультетской хирургии в Астраханском медицинском институте (1921), основателя ортопедического института в Дальневосточном медицинском институте (1934).

To the 130th anniversary of the birth of the Russian surgeon-experimenter, doctor of medical Sciences, founder of the traumatology Institute in Saratov (1919), the first head of the departments of operative surgery and topographic anatomy (1920) and faculty surgery in Astrakhan medical Insti-

tute (1921), the founder of the orthopedic Institute in the far Eastern medical Institute (1934).



9 ноября 2018 года исполнится 100 лет со дня открытия в Астрахани Краевого Университета. Среди первых профессоров, приглашенных для работы в нем из Саратова явился профессор **Илья Алексеевич Голяницкий**, известный отечественный ученый в области пластической хирургии, автор первой монографии в России по трансплантации тканей, человек высокой квалификации и эрудиции.

Его рекомендовали медицинскому институту два выдающихся в мире профессора С. Р. Миротворцев и С. И. Спасокукоцкий. По их сведениям: «еще в бытность студентом Московского университета Илья Алексеевич проявил большой интерес к хирургии, работая в хирургических учреждениях Саратова, одновременно сознательно решил получить солидный научный фундамент, посвятив 2 года работы в Московском фармакологическом и Патологоанатомическом институтах. Хорошее знание микроскопии и экспериментальной техники проглядывает во всех его работах, а любовь к эксперименту красной нитью проходит во всех его трудах. С 1912 года Голяницкий начинает свою клиническую хирургическую деятельность, сначала ординатором факультетской хирургической клиники, а затем ассистентом госпитальной хирургической клиники. Представив факультету на одобрение солидную работу по пересадке тканей и прочтя перед факультетом 2 пробных клинических лекции, признанных факультетом выдающимися по достоинству, он приступает к ведению рекомендованных факультетом курсов для студентов по военно-полевой хирургии и хирургии неотложных состояний. Такая солидная методическая научная и клиническая подготовка выгодно отличают его как претендента на хирургическую кафедру Астраханского университета. Он создал в Саратове при Травматологическом Институте хелиотерапевтический санаторий для хирургических больных. Достоинства И. А. Голяницкого, как широко образованного научного руководителя, должны служить гарантией того, что задача эта будет исполнена к славе молодого Астраханского Университета».

С именем И. А. Голяницкого в Астраханском Государственном медицинском университете связано создание в 1920 году кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии. Он стал ее первым заведующим, основавшим вместе с сотрудниками кафедры учебный музей и экспериментальную лабораторию. В 1921 году он

возглавил кафедру факультетской хирургии и продуктивно работал на ней до 1924 года.

Формирование упомянутой кафедры (тогда – хирургия №1) в 1921-1922 годах практически совпало с образованием Астраханского мединститута, как самостоятельного высшего учебного заведения. Данная клиника располагалась в главном корпусе больницы имени Н. А. Семашко (бывшая больница Красного Креста, 2-ая областная больница). Первоначально для нее было отведено 4 хирургические палаты. Персонал кафедры включал заведующего (директора) – профессора И. А. Голяницкого, одного ассистента В. И. Никифорова и одного ординатора В. А. Глушенко, хотя по штату должны были работать 2 ассистента и 2 ординатора, однако из Саратова не прибыли избранные по конкурсу доктор Крепкогорский и ассистент А. Н. Бакулев (в последующем крупный ученый хирург, академик). Вспомогательный персонал кафедры состоял из больничных работников (одного фельдшера, двух сестер-милосердия и пяти сиделок). Имелась своя отдельная перевязочная и собственная лаборатория. Работа в клинике осуществлялась с 9 часов до 17 часов. Обязательно в 20-22 часа проводился вечерний обход ассистентом или ординатором. 4 дня в неделю были операционными, два дня были посвящены лекционной работе. Только за первое полугодие работы кафедры выполнено 205 операций, осуществленных под масочным наркозом или местной анестезией и пролечено 216 больных. Следует отметить, что оперативная активность клиники была высокой. Кроме аппендэктомии, грыжесечения, выполнялись операции при геморрое, раке губы и молочной железы, резекция желудка, гастроэнтероанастомии, холецистоэктомии. Студенты вместе с ассистентами проводили поликлинический прием в больничной амбулатории, где только за первое полугодие было принято более 2000 больных. С весны 1923 года вся больница имени Н. А. Семашко была передана под клиники мединститута на «началах самокупаемости».

В 1925 году указанная кафедра перебазировалась в больницу имени Астраханского пролетариата (ныне Александро-Мариинская областная клиническая больница), которую в указанный период возглавил уже профессор А. Г. Бржозовский.

В личном деле профессора И. А. Голяницкого нет ни приказов о приеме на работу, ни списка его работ, ни автобиографии. Из него следует, что Илья Алексеевич родился 19 августа 1888 года на станции Дубровка Орловско-Витебской железной дороги, где его отец работал начальником службы пути, в 1905 году он закончил Смоленскую гимназию, а затем в 1911 году Московский Университет. В 1912 году

Илья Алексеевич был назначен ординатором факультетской хирургической клиники Саратовского университета к профессору С. И. Спасокукоцкому, а в следующем 1913 году получил командировку за границу и стажировался в Германии у профессора И. Ашофа по проблеме пересадки тканей. В начале первой мировой войны И. А. Голяницкий был мобилизован в армию и пробыл на фронте 4 года, работая хирургом в передовых стрелковых отрядах. За это время он сумел опубликовать ряд работ по военно-полевой хирургии и даже сделать доклад на Всероссийском съезде хирургов. После демобилизации Илья Алексеевич возвращается в Саратов, где в 1919 году он организовал Травматологический институт и работал в нем старшим врачом. Углубленно разрабатывая вопросы трансплантологии в 1920 году он успешно защитил диссертационную работу «Пересадка тканей».

Приехав в Астрахань 15 августа 1920 года, он вместе с семьей проживал в доме № 28 на улице Белгородской, с 1924 года улица Белгородская переименована в улицу Полухина (в настоящее время улица Ленина).

Учитывая историческую ценность и значимость вышеприведенной информации авторы попытались более широко проанализировать не только его педагогическую и научную деятельность, но и практическую и организаторскую работу за годы работы в АГМИ по имеющимся в распоряжении журнальным источникам и найденным в интернете статьям.

Так, 12 февраля 1921 года состоялось первое организационное заседание общества клинической и теоретической медицины при АГМИ, на котором его Председателем Президиума был избран профессор И. А. Голяницкий, предложивший основать это научное врачебное общественное объединение.

Несколько ранее, 8 февраля 1921 года, Илья Алексеевич выступает перед практическими хирургами с сообщением о «Случае удаления надпочечника при самопроизвольной гангрене». Он же, 5 марта 1921 года на основании личных наблюдений подробно осветил вопрос «О некрозе реберных хрящей после возвратного тифа», рекомендовав радикальную операцию, как наилучшую при этой патологии терапию, а 12 марта 1921 года профессор И. А. Голяницкий, вместе со студентами-медиками Кохановой и Таргуловым предоставил обществу разработанный им «Новый способ образования сфинктера мочевого пузыря», который был признан заслуживающим дальнейшего применения и возможной разработки в перспективе.

Дважды, 16 апреля и 18 мая 1921 года И. А. Голяницкий сооб-

щает обществу о разработанном им «Новом способе артрореза коленного сустава».

В 1922 году он публикует статью «Случаи удаления инородных тел (огнестрельных снарядов) мозга».

3 апреля 1922 года Илья Алексеевич вновь выступает на заседании общества с докладом «Определение размеров паренхиматозного кровотечения при различных условиях». Он всегда активно вел полемику с коллегами. 10 мая 1922 года он принимал участие в обсуждении доклада профессора Ф. М. Топоркова «Очередные вопросы по изучению малярии», подчеркнув, что страх перед кровотечением преувеличен, а пункция вполне возможна.

Когда 18 октября 1922 года на заседании общества выступал профессор М. А. Розентул, демонстрируя больную с гетерогенным гипертрихозом, профессор И. А. Голяницкий высказал свое мнение, что у больной типичная вторая стадия номыстекловидный отек, эффект лечения которого непосредственно связан с применением *Cups.sulfur*. Кроме того профессор поделился своими впечатлениями от закончившегося съезда хирургов и терапевтов в Петрограде.

В октябре 1922 года И. А. Голяницкий становится редактором научной части Астраханского медицинского журнала. Он активно участвует в заседаниях общества клинической и теоретической медицины при АГМИ. Несмотря на свою занятость, профессор И. А. Голяницкий постоянно доводит до сведения медицинской общественности информацию о своих достижениях.

Помимо вышеизложенного, под руководством профессора И. А. Голяницкого специально созданная в Астрахани комиссия предложила использование курорта «Тинаки» для лечения больных свищевыми формами костного туберкулеза.

С 1922 года профессор И. А. Голяницкий был одновременно директором ортопедической клиники, заложив основы ортопедии в Астрахани. В последующие десятилетия это направление успешно разрабатывалось профессором Н. Г. Лычмановым. На этой же кафедре с ним работал ординатором Е. В. Смирнов, ставший потом ассистентом кафедры. В 1922 году И. А. Голяницкому было поручено дополнительно временное руководство кафедрой нормальной анатомии АГМИ, так как профессор А. Т. Лидский, ею руководивший, оставил работу и выехал из Астрахани.

За годы работы в Астрахани профессором И. А. Голяницким опубликованы следующие работы: «Пересадка тканей Введение, жировая ткань, брюшина, фасция. Литература, опыты, наблюдения» Ч. 1-2. – Астрахань 1922, «Пересадка тканей...» Ч. 2. – Астрахань,

1924, «Плоская стопа как профессиональное заболевание грузчиков». – Астрахань, 1924. «К вопросу об этиологии брюшных грыж (На основании исследования грузчиков Астраханского транспортного союза), – Смоленск, 1924, «Современный наркоз. Литературно-критический очерк для студентов и врачей». – Астрахань, 1922.

В 1924 году профессор И. А. Голяницкий был приглашен на должность заведующего хирургическим отделением больницы им. Ф. Достоевского в Москве, где проработал в течение 4-х лет. В эти годы он организовал журнал «Новая хирургия» и был его ответственным редактором, а также курсы усовершенствования для врачей Московского отдела здравоохранения. В конце 1928 года в связи с военным конфликтом на КВЖД Илья Алексеевич был откомандирован туда хирургом, а затем в течение 6 лет работал в Приморье, Крыму, Москве и Ленинграде, занимаясь еще и научными исследованиями по смежной биохимической тематике.

В сентябре 1934 года приказом Наркомздрава профессор И. А. Голяницкий переводом был направлен в Дальневосточный государственный медицинский институт для организации и руководства кафедрой травматологии и ортопедии. С 1936 года он по совместительству был заведующим кафедрой биохимии и заведующим краевой витаминной лабораторией на базе этой кафедры. В 1936 году он организовал Дальневосточное научное общество и стал его руководителем. Целеустремленный и компетентный ученый за время своей разносторонней и богатой хирургической деятельности опубликовал около 150 научных работ, которые получили высокую оценку со стороны ведущих хирургов страны. Он написал учебник «Краткое руководство по травматологии», разрабатывает новый метод лечения туберкулеза костей и суставов. В 1936 году он получил приглашение для продолжения научной темы на кафедре социальных болезней Всесоюзного института экспериментальной медицины. В марте 1937 года ему была присуждена ученая степень доктора медицинских наук без защиты диссертации. И в этом же году над ним начали сгущаться тучи. Сотрудник военного госпиталя Цыпулин написал заявление в партийную организацию о фашистских взглядах Голяницкого, высказанных им в своих трудах. Партком и администрация вуза немедленно отреагировали на это заявление, ему приклеили ярлык «харбинец», вспомнили его частые поездки на конференции и констатировали в характеристике, что «вся его работа в ДВГМИ – непрерывное выбытие в командировки». Его заставляли каяться и признавать свои ошибки. Но И. А. Голяницкий не видел этих ошибок и написал письмо В. К. Блюхеру с просьбой разобраться в неправильных действиях дирекции института. Но это не помогло. 2 декабря 1937 года он был отстранен от преподаватель-

ской деятельности. Он уехал в Москву, надеясь на работу в ВИЭМ, куда был приглашен год назад. Но теперь его не приняли, и он устроился хирургом в одной из московских больниц. Мы не знаем, где закончил свой жизненный путь этот великий ученый, намного опередивший время и заложивший основы службы трансплантации тканей.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бойко Т.А. История Дальневосточного государственного медицинского университета в биографиях сотрудников. К 150-летию Хабаровска / Под ред. проф. Молочного В.П.- Хабаровск // Издательство ГОУ ВПО Дальневосточный государственный медицинский университет - 2008 – С. 352
2. Нигматулин Р.Т., Соколова О.С. Ученый, опередивший время. // РОИМ, Труды по истории медицины – 2017 – С. 525
3. Мустафин Д.Г., Силищев Р.Ф., Иванов П.А. История кафедры факультетской хирургии Астраханской государственной медицинской академии (1921-2008). / К 90 –летию АГМА - Астрахань – 2008 - С. 4
4. Журнаджан С. А. К 95-летию кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии Астраханского государственного медицинского университета. / Alma mater - 18 ноября 2015 г. - С. 6
5. «Астраханский медицинский вестник» - 1922г, № 1, 2 - С. 63-85, С. 94-100, С. 183, С. 185
6. «Астраханский медицинский журнал» - 1922г. № 2,3.
7. Факультет, институт, академия (1918- 2013) – 1998 - С. 323

МАЛОИЗВЕСТНАЯ СТРАНИЦА ИЗ ЖИЗНИ ВРАЧА - ХИРУРГА, ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ, ПРОФЕССОРА КРАСИНЦЕВА В.А.

А. А. Илюхин

Калужская областная клиническая больница. Музей медицины.

A LITTLE - KNOW PAGE IN THE LIFE OF A DOCTOR SURGEON, DOCTOR OF MEDICINE, PROFESSOR V. A. CRASINCEV

A.A. Ilyukhin

Kaluga regional hospital. Museum of medicine.

Аннотация: Статья посвящена малоизвестной деятельности врача-хирурга, доктора медицины, профессора В.А. Красинцева в период русско-японской войны 1904–1905 годов.

Ключевые слова: Врач-хирург В.А. Красинцев, русско-японская война 1904- 1905 годов, Калужский лазарет на станции Шуаньченту.

Abstract: The article is devoted to little-know activities doctor surgeon, doctor of medicine, professor V. A. Crasincev, during Russo - Japanese war 1904–1905

Key-words: Doctor surgeon V. A. Crasincev, Russo-Japanese war 1904 - 1905, Kaluga infirmary on the station Shuanchentu.

Красинцев В.А. родился 28 февраля 1866 года в г. Гомеле. В 1881 году семья Красинцевых переехала в г. Калугу, где он с золотой медалью окончил Калужскую мужскую Николаевскую гимназию и поступил на медицинский факультет Императорского Московского университета. После завершения курса университета и получения диплома лекаря с отличием, в течение года он работал в клинике знаменитого хирурга Н. В. Склифосовского, а 16 мая 1893 года Калужская губернская земская управа пригласила его на должность ординатора, затем заведующего хирургическим отделением Хлюстинской больницы г. Калуги, где он и провел 21 год своей жизни. В Калуге своим трудом он завоевал уважение врачей и популярность у населения. Но в современной медицинской исторической литературе недостаточно освещен период жизни Красинцева В.А, а именно, его участие в русско-японской войне 1904–1905 гг. Калужский госпитальный отряд (лазарет), старшим врачом и уполномоченным которого был Красинцев В. А., находился в зоне военных действий с октября 1904 года до окончания войны до 23 августа 1905 года и располагался на железнодорожной станции Шуаньченту, в 48 верстах к югу от Харбина — главного города русской Манчжурии. Красинцев В.А. принял самое активное участие в формировании Калужского госпитального отряда. За 2,5 месяца госпитальный отряд на 100 коек был сформирован и снабжен всем необходимым, благодаря усердию лиц, которым было поручено это дело. Хирургические инструменты были отобраны в Москве самим Красинцевым. Стоимость этого отряда обошлась в более чем 15 тысяч рублей, из которых 5 тысяч рублей пожертвованы Калужской городской думой, остальные деньги составляют собранные по губернии пожертвования. Управление Красного Креста на пожертвования заготовило госпитальное белье на 400 человек. Вот список лиц, составляющий Калужский госпитальный отряд: старший врач отряда, он же уполномоченный Василий Алексеевич Красинцев, младшие врачи: Владимир Николаевич Рудаков, Алексей Николаевич Челищев

и женщина — врач Екатерина Васильевна Флерина, фармацевт, помощник провизора Георгий Георгиевич Юргенс, заведующий хозяйством Николай Данилович Грушевский. Сестры милосердия: Надежда Амелькова, Фаина Андреева, Мария Демур, Анна Дмитриева, Татьяна Карлюченкова, Мария Косарева, Наталья Тарасова, Ольга Терпиловская, Мария Типикина и Варвара Троицкая. Санитары: Евгений Лукьянчик, Семен Минаков, Иван Романов, Пимен Гудкин, Григорий Кузьмин, Иван Кротков, Роман Игнатовский. По поводу отправки на войну госпитального отряда газета «Калужские губернские вести» (июнь 1904 года) писала: «Среди калужан циркулировали слухи о скором отправлении на Дальний Восток формируемого местным управлением Красного Креста Калужского госпитального отряда.. И вот, 13 июля на железнодорожный вокзал явилась масса калужан, пожелавших видеть и проводить на место военных действий своих сограждан — подвижников Красного Креста, так что к 5 часам вокзал был полон публики. К этому времени там уже находился весь состав госпитального отряда, в числе 28 человек, во главе со старшим врачом, доктором медицины, хирургом В.А. Красинцевым. К этому же времени на вокзал прибыли: господа губернатор шталмейстер А.А. Офросимов с семейством, губернский предводитель дворянства Н.С. Яновский с супругой, попечительница Калужской общины сестер милосердия княгиня М.М. Вяземская, городской голова С.Н. Блистанов с супругой, управляющий отделением дворянского банка А.В. Митрофанов с супругой, старший врач Губернской земской больницы И.И. Дубенский и многие другие лица из высшего круга... Все, наперерыв, старались выразить отъезжавшим добрые пожелания. Перед отходом поезда, тайным советником Н.С. Яновским была прочитана полученная им всемилостивейшая телеграмма от государыни императрицы Марии Федоровны с напутствием госпитальному отряду, восторженно покрытая долгим «Ура!» (Содержание этой телеграммы опубликовано в «Калужских губернских ведомостях» № 76, 1904 года). Присутствующие, на этих проводах, не могли не обратить внимания на удобства, которые наше управление железной дороги предоставило госпитальному отряду. Для личного состава врачей и сестер милосердия дан прекрасный вагон 2 класса, в котором целый ряд отдельных удобных купе. Для санитаров дан вагон 3 класса, отличающийся чистотой отделки и благодаря его высоте достаточностью воздуха. Экипировка членов отряда образцовая и свидетельствует о тщательной заботливости в этом отношении лиц, которые этим заведовали.» Кандидат исторических наук А.В. Ковалев в своем исследовании по истории русско-японской войны 1904 - 1905 гг пишет: «Калужский лазарет Красного Креста был расположен на железнодорожной станции Шуаньченту... В качестве уполномоченного и главного врача упоми-

нается доктор Красинцев В.А. В госпиталь принимались исключительно хирургические больные и раненые. Калужский лазарет Красного Креста был рассчитан на 100 кроватей и помещался в каменном казарменном бараке пограничной стражи, недалеко от здания станции. Для указанного числа кроватей помещение было несколько тесным, поэтому на случай нехватки помещения для положенного количества коек, а также, если бы пришлось расширять лазарет, здесь уже заранее была приспособлена китайская фанза. Лазарет открылся в октябре 1904 года, принимать же больных начали с 5 ноября». По свидетельству писателя и врача В.В. Вересаева «большинство из 30 тысяч раненых во время сражения на реке Шахе (когда начал работать калужский лазарет) было вывезено теплушками. Таким образом, большая часть раненых нуждались, не сколько в медицинской помощи, сколько в пище. Но более чем на 200 верстах от станции Куанчендзы до Харбина военное ведомство не имело ни одного продовольственного пункта. На помощь пришел персонал лазаретов, лежащих по железнодорожной линии. Сам во всем нуждаясь, он кормил раненых и оказывал им помощь при остановке поездов. Особенно отличился Калужский лазарет Красного Креста, открывшийся в разгар сражения на Шахе. Действия персонала были высоко оценены в рапорте, представленном генералом Нидермиллером наместнику на Дальнем Востоке в октябре 1904 года: «Несмотря на ограниченность своих средств лазареты Красного Креста все-таки изыскивают возможность удовлетворить немалое число голодающих раненых... Калужский отряд Красного Креста, приготавливающийся открыть к концу октября лазарет на станции Шуанченду, выдал проходящим через эту станцию временным санитарным поездам, в период со 2 по 10 октября около 12 тысяч одних только горячих обедов, причем бывали дни, как, например, 7 и 9 октября, в которые выдавали по 2,5 тысячи обедов...». Любопытно, что, не имея достаточного количества котлов для приготовления такого большого объема еды, в лазарете не растерялись и стали варить горячую пищу в ваннах. Посетивший Дальний Восток императорский лейб-хирург Евгений Васильевич Павлов осмотрел лазарет 29 апреля 1905 года и нашел его в хорошем состоянии. Весной 1905 года в лазарет привезли «аппарат для исследования рентгеновскими лучами с бензиновым двигателем». Отрадно, что одна из технических новинок была у Калужского лазарета. За время его работы, не считая относительно спокойный период лета 1905 года, через него прошло около 400 раненых и около 500 амбулаторных больных. Лазарет продолжал работать до конца русско-японской войны (Портсмутский мир заключен 23 августа 1905 года). После возвращения с Дальнего Востока Красинцев В.А. продолжал работать заведующим хирургическим отделением Калужской (Хлюстинской) губернской больницы до 1914 года. В 1914 году он переехал в Москву, где с 1924 года

руководил хирургическим отделением Центральной больницы неотложной помощи (на базе бывшей Шереметьевской больницы) позднее переименованной в НИИ им. Н.В. Склифосовского.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Богницкая Т.Н., Кузыбаева М.П., Зайцев Е.И. «Василий Алексеевич Красинцев». НИИ им. Н.В. Склифосовского. Вестник хирургии им. Грекова 2006. Статья.
2. Гуцина Н.В. Илюхин А.А. Круничатов В.К. «Из истории лечебного дела в Калужском крае», Калуга, «Полиграф – Информ», 2010. С. 163-173.
3. Калужские губернские вести, газета, июнь 1904 года.
4. Пашков К.А., Чиж Н.В. Культурогенная личность военного медика в музейной экспозиции // Исторический опыт медицины в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг.: Сборник материалов XIII Всероссийской конференции с международным участием. Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова. 2017. С. 173-176.



Общий вид Калужского лазарета с больными и ранеными в Новом Харбине. Фото Ставского из журнала «Нива», 1904 г.

ПРОФЕССОР И.М. СОБОЛЬ: У ИСТОКОВ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ НА СТАВРОПОЛЬЕ

А.В. Карташев, И.В. Карташев

*Центр изучения истории медицины и общественного здоровья
Ставропольского государственного медицинского университета*

PROFESSOR I. M. SOBOL: AT THE BEGINNINGS OF OTORHINOLARYNGOLOGY IN THE STAVROPOL REGION

V. A. Kartashev, I. V. Kartashev

Stavropol state medical University

Аннотация: Статья посвящена известному отечественному ученому, оториноларингологу, доктору медицинских наук, профессору И.М. Соболю, возглавлявшему кафедру болезней уха, горла и носа в Ставропольском медицинском институте с 1947 по 1972 год.

Ключевые слова: Иона Моисеевич Соболев, оториноларингология, ЛОР-болезни, Ставропольский медицинский институт.

Abstract: The Article is devoted to the famous Russian scientist, otolaryngologist, doctor of medical Sciences, Professor I. M. Sobol, who headed the Department of ear, nose and throat diseases at the Stavropol medical Institute from 1947 to 1972.

Key-words: Jonah Moiseevich Sobol, otorhinolaryngology, ENT diseases, Stavropol medical Institute.

Настоящая статья продолжает серию работ о выдающихся ученых Ставропольского государственного медицинского университета, стоявших у истоков организации своей специальности в практике здравоохранения, в ее преподавании и подготовке научно-педагогических кадров в Ставропольском крае. Во втором томе альманаха Российского общества историков медицины было представлено краткое жизнеописание известного микробиолога Р.Р. Гельтцера [7]. Результаты исследования вклада профессора Н.М. Павлова в развитие офтальмологии в Ставропольском крае докладывались на Международной научной конференции «Актуальные проблемы развития высшего медицинского образования России XVIII – XXI вв.» в Санкт-Петербурге [8]. Материалы изучения профессионального пути профессора П.М. Ковалевского, так же как и упомянутых выше ученых, легли в основу цикла научно-популярных фильмов о пионерах медицины и медицинского образования на Ставрополье.

Как отмечают нынешние ставропольские ученые-оториноларингологи, становление этой специальности в регионе тесно связано с именем известного ученого XX столетия профессора Соболя Ионы Моисеевича, четверть века руководившего кафедрой болезней уха, горла и носа (ЛОР-болезней) Ставропольского государственного медицинского института. Его личности уделялось немало внимания в исторических очерках и газетных статьях. В 2013 году вышла отдельная брошюра, в которой кратко изложены биография профессора И.М. Соболя и сведения о некоторых его учениках и последователях [5]. Ранее выходила научная публикация, посвященная истории кафедры оториноларингологии Ставропольской государственной медицинской академии [13]. В этих наиболее значимых работах совсем немного внимания уделено периоду жизни Ионы Моисеевича до приезда в Ставрополь. Кроме того, факты его биографии, приводимые авторами, не всегда совпадают с тем, что написано собственной рукой Ионы Моисеевича. Также требует дополнительного освещения вопрос: почему становление оториноларингологии в крае началось лишь с приездом в Ставрополь профессора И.М. Соболя, а не ранее? В этой связи мы посчитали необходимым еще раз обратиться к личности незаурядного врача, ученого и педагога, каковым являлся этот человек.

Иона Моисеевич Соболев родился 18 (5) октября 1897 года в городе Курске в мещанской еврейской семье кустика. Вскоре после рождения сына семья переехала в г. Ромны Полтавской губернии, где отец получил службу, а мать, как и прежде, была домохозяйкой. Кроме Ионы в семье росла дочь.

В 1915 году по окончании восьмиклассной гимназии Иона Соболев был мобилизован на военную службу. Военная часть, в которой ему пришлось воевать в период Первой мировой войны, дислоцировалась в Румынии, в районе Карпат. После Февральской революции он выступил активным участником работы полковых комитетов, которые стали создаваться во всех частях бывшей царской армии. Тяжелое положение с продовольствием привело к вспышке цинги в солдатских массах. В связи с болезнью Иона Моисеевич был демобилизован и вернулся в родительский дом.

Здесь после выздоровления в начале 1918 года он начал работать в военном госпитале. В этом лечебном учреждении находилось большое количество солдат и офицеров, заболевших сыпным тифом. Работы было много, однако политкомиссар госпиталя – латыш по национальности – едва мог владеть русским языком, а начальник хозяйственной службы был не из местных жителей, что затрудняло решение вопросов всех видов обеспечения раненых и больных воинов. Ионе Моисеевичу

пришлось принять самое активное участие в организации работы этого лечебного учреждения.

Вскоре, когда на территорию Украины вступила армия генерала Деникина, Иона Моисеевич был арестован белыми за активное сотрудничество с советской властью и приговорен военно-полевым судом, проходившим в г. Белополье, к двадцати годам каторжных работ. С отходом частей белых из Харькова, где первое время пришлось отбывать тюремный срок, политзаключенных под конвоем пешим порядком этапировали в город Бахмут (ныне Артёмовск). Там они находились до освобождения частями Красной армии. Пешком по шпалам железной дороги Иона Соболев добрался до Полтавы.

На восстановление здоровья и подготовку к поступлению в вуз ушло полтора года. В конце июля 1921 года Иона Моисеевич поехал в Киев, где успешно сдал вступительные экзамены, был зачислен студентом в медицинский институт. Учеба в то время была платной – 120 рублей в год. Но через комитет по улучшению быта учащихся студенты получали работу. Иона Соболев, воспользовавшись этой возможностью, имел в месяц 10 рублей самостоятельно заработанных денег.

На одном курсе вместе с ним учились неординарные молодые люди, многие из которых впоследствии стали широко известными специалистами и учеными. К их числу стоит отнести: **И.П. Алексеенко** – будущего ортопеда-травматолога, занимавшего в разное время должности заместителя наркома здравоохранения УССР, директора Киевского НИИ ортопедии и травматологии, ректора Киевского медицинского института [12]; **Р.М. Боскис**, ставшую сурдопедагогом, доктором педагогических наук, профессором, член-корреспондентом Академии педагогических наук РСФСР и АПН СССР [3]; **И.Б. Олешкевича** – хирурга, заслуженного деятеля науки БССР, доктора медицинских наук, профессора; **И.И. Ставицкого** – генерал-майора медицинской службы, начальника военной кафедры Киевского медицинского института, начальника курсов усовершенствования офицеров медицинской службы военного округа [6].

С особым вниманием Иона Моисеевич изучал ЛОР-болезни, так как его мать страдала тяжелой формой отосклероза, и ему хотелось овладеть этой наукой, помочь ей. Кафедра болезней уха, горла и носа Киевского медицинского института располагалась в те годы в двух местах: кабинет заведующего кафедрой профессора А.М. Пучковского и две комнаты для изучения анатомии и овладения методами исследования органов находились на Бибикивском бульваре, а клиническая часть кафедры располагалась на базе ЛОР-отделения Киевского военного госпиталя

(начальник отделения Я.А. Шварцберг). В госпитале студенты и ординаторы овладевали навыками оперативных вмешательств на трупах.

Первым наставником в профессии для Ионы Моисеевича стал профессор Александр Митрофанович Пучковский (1881-1937). Среди славных имен отечественной оториноларингологии первой половины XX века, прочно вошедших в историю, его фамилия занимает одно из самых достойных мест. Выпускник Императорской Военно-медицинской академии, ученик основателя первой в России кафедры горловых, носовых и ушных болезней профессора Н.П. Симановского, А.М. Пучковский внес заметный вклад в развитие многих областей оториноларингологии, а его работы по склероме верхних дыхательных путей получили мировое признание [11].

Кроме детального и всестороннего изучения избранной специальности Иона Моисеевич уделял внимание научным исследованиям. За годы учебы им были написаны и опубликованы две журнальные статьи. Он активно участвовал в работе общества оториноларингологов и деятельности студенческих организаций.

После окончания института молодой врач Иона Соболев обучался в клинической ординатуре на кафедре уха, горла и носа Киевского медицинского института у профессора Пучковского, а через год был назначен на работу ЛОР-врачом в город Нежин Черниговской области. Здесь ему пришлось самостоятельно создать, а затем и заведовать ЛОР-отделением окружной больницы, ушным кабинетом в городской поликлинике. Одновременно он вёл педагогическую работу в медицинском техникуме и один год даже в педагогическом институте, где читал нормальную анатомию и физиологию.

В те годы не было стоматологов, нейрохирургов и специалистов по лечению орбиты, обусловленной поражением придаточных пазух. За лечение таких больных взялся Иона Моисеевич. Кроме того, были и больные сапом, номой (водяным раком) и лимфогранулематозом верхних дыхательных путей.

Наиболее интересные клинические случаи из практики молодого провинциального врача становились основой его научных статей. За 7 лет пребывания в Нежине Ионой Моисеевичем было опубликовано 26 научных работ, 10 из которых на иностранном языке. Все они без исключения были основаны на его личном практическом опыте. Вот только некоторые темы: «Профессиональные заболевания верхних дыхательных путей у рабочих стекольных заводов» (1928), «Атипичный рост зубов посередине твердого нёба и в полости носа» (1929), «К вопросу о хирургическом лечении передних мозговых грыж» (1931).

Кроме того, его работы были посвящены описанию методики извлечения инородных тел из верхних дыхательных путей, случаев первичного сифилиса кончика языка и ракового поражения носа. Даже этот далеко не полный обзор тематики научных работ Ионы Моисеевича говорит о том, насколько широкий диапазон врачебных вмешательств приходилось производить в те годы рядовому ЛОР-врачу в провинциальном городке.

Много времени в работе врача Соболя занимали выезды в сельские районы для участия в мероприятиях по коллективизации, в работе научного общества врачей и других организаций.

Накопленные знания и навыки позволили Ионе Моисеевичу Соболю пройти конкурсный отбор, объявленный через «Медицинскую газету», и в сентябре 1935 года стать ассистентом кафедры болезней уха, горла и носа Ивановского медицинского института, которой в то время заведовал профессор Н.Д. Ходяков. Николай Дмитриевич Ходяков (1898-1970) был практически ровесником Ионе Моисеевичу, и даже немного моложе. После окончания Донского университета, он работал в нем в клинике профессора Л.Е. Комендантова – еще одного представителя школы оториноларингологии Императорской Военно-медицинской академии. Вслед за своим учителем он перевелся в Первый Ленинградский медицинский институт, где защитил кандидатскую диссертацию, после чего получил должность заведующего кафедрой ЛОР-болезней Ивановского медицинского института. В 1936 году Н.Д. Ходяков защитил докторскую диссертацию и был утвержден в звании профессора [9]. Несмотря на отсутствие разницы в возрасте профессор Ходяков стал для Ионы Моисеевича Соболя настоящим наставником и учителем.

В том же 1936 году подопечному Ходякова Ионе Соболю по совокупности трудов присуждается ученая степень кандидата медицинских наук. Область его научных интересов остается прежней, но тематика ширится и становится более сложной: «Из опыта исправления косметических дефектов носа» (1935), «К вопросу об этиологии и диагностике мукоцеле придаточных полостей носа» (1936), «О патогенезе двигательных расстройств глаза ушного происхождения» (1937).

Под руководством профессора Ходякова Ионе Моисеевичу пришлось выполнять такие сложные операции как полное или частичное удаление гортани, восстановление проходимости слезно-носового канала, эндоназальное вскрытие придаточных пазух носа, консультировать больных в областном туберкулезном санатории, в областной физиолечебнице, в интернациональном детском доме.

Иногда приходилось выезжать в города Ярославской и Костромской областей для оказания срочной медицинской помощи.

В числе врачей клиники были штатные работники больницы и сотрудники медицинского института. Большинство из них составляли женщины, ранее работавшие в поликлиниках. Вот почему все эти сложные операции приходилось делать Ионе Моисеевичу Соболю.

После получения степени кандидата наук Иона Моисеевич допускается к чтению факультативного курса лекций по своей специальности в качестве приват-доцента. 3 июля 1939 года он избирается доцентом своей же кафедры и почти одновременно – 22 июля 1939 года – решением ВАК утверждается в ученом звании доцента.

Но с началом Великой Отечественной войны жизнь в Иваново меняется. Доцент Соболев мобилизован для работы в военном госпитале, развернутом в городе в первые месяцы войны. Одновременно, несмотря на лечебную нагрузку, он продолжал работать в институте и готовить врачебные кадры, необходимые на фронте и в тылу.

В грозные дни боев под Москвой коллектив Ивановского медицинского института вступил в народное ополчение. Летом и осенью 1941 года ополченцами стали более 1500 студентов и сотрудников. К счастью, им не пришлось вступать в бой, враг не дошел до границ области.

Доцент кафедры ЛОР-болезней Иона Моисеевич Соболев возглавил ЛОР-отделение эвакогоспиталя № 1388, в котором по штатному расписанию имелось 150 коек, однако зачастую в нем находилось 200 и более больных и раненых. Среди десятков госпиталей, дислоцированных в Иваново, этот был единственным, где имелось ЛОР-отделение. Госпиталь специализировался на лечении челюстно-лицевых ранений, травматических повреждений глаз и ЛОР-органов. В его формировании и последующем лечении раненых приняли участие преподаватели кафедр глазных болезней, оториноларингологии и челюстно-лицевой хирургии Ивановского медицинского института [10].

Примечательно, что в штате отделения единственным мужчиной был сам заведующий. Все остальные врачи (женщины), работавшие до этого в поликлиниках, могли производить лишь амбулаторные операции. Их основной обязанностью было написание историй болезней, направление больных и раненых на различные обследования и ассистирование во время операций.

Наиболее интересные клинические случаи становились хорошим материалом для научных статей. Для сохранения сведений о больных была разработана соответствующая анкета, отпечатанная типографским способом.

Особый интерес представляют клинические случаи, связанные с именем И.М. Соболя, описанные в одной из статей газеты «Рабочий край» - органе Ивановского обкома и горкома ВКП(б) и областного Совета депутатов трудящихся от 25 февраля 1942 года. Находящийся на лечении боец Ткач страдал продолжительной глухонемой, вызванной контузией мозговой коры. Казалось, что он совершенно утратил всякую способность говорить и слышать. В течение 4 месяцев он не произносил ни слова и не реагировал на звуки. Но врач знал, какое растормаживающее действие на нервные, в частности, речевые центры оказывает наркоз. Больного положили на операционный стол и продержали несколько минут под лёгким эфирным наркозом. Действие эфира сказалось немедленно. Уже во время наркоза, лёжа на операционном столе, больной стал говорить. К нему полностью вернулись и речь, и слух. При этом многие другие контуженные, считавшиеся также глухонемыми, присутствовали при этой процедуре и, наблюдая эффект от лечения, сами начинали слышать и говорить. Это был метод лечения, разработанный лично И.М. Сободем. О лечении больных подобным способом И.М. Соболев написал две научные статьи и сделал доклад на медицинском совете в Москве, где его оригинальный метод получил одобрение для широкого внедрения в практику.

В другой ситуации Иона Моисеевич вышел победителем уже как искусный хирург. Больной боец Федотов жаловался на тяжесть в голове и постоянную сонливость. У него снаружи около правой ноздри имелся небольшой вполне заживший рубчик. Его происхождения боец объяснить не мог, помнил только, что в момент боя его как будто что-то кольнуло возле носа, после чего он потерял сознание. Врач направил его на рентген. На снимке увидели в глубине черепа фигурку конической немецкой пули. Она пробила щеку бойца и через носовую полость проникла внутрь черепа, перевернулась там и застряла в толще кости. Положение было серьезным. Пуля находилась в непосредственном соприкосновении с мозговой тканью, и дело могло кончиться смертельным нагноением мозга.

Операция производилась в необычных условиях. Больной не лежал на операционном столе, а просто сидел на стуле напротив врача. Без скальпеля, при помощи специальных зеркал врач проник через отверстия носа во внутреннюю носовую полость и оттуда сложными путями, где нужно делая разрезы, – внутрь черепа. Добравшись до пули, он одолбил вокруг нее кость, захватил зубчиками инструмента пулю, и осторожно вытащил её наружу через нос. Это была чрезвычайно сложная и «ювелирная» работа, где поле зрения хирурга суживалось до предельно ничтожного размера, и где малейшее отклонение

на несколько миллиметров грозило серьезным повреждением соседних органов. Вся операция, проводившаяся под местной анестезией, длилась около двадцати минут. Вскоре, благодаря умелым действиям врача, больной смог вернуться в строй [14].

Эти и другие случаи И.М. Соболев описал в своей брошюре «История ЛОР-отделения эвакогоспиталя № 1388 за годы Великой Отечественной войны», изданной Ивановским областным издательством в 1946 году.

За участие в Великой Отечественной войне Иона Моисеевич Соболев был награжден орденом Отечественной войны II степени и 8 медалями.

Работе госпиталей Ивановской области была посвящена целая диссертация, на страницах которой упоминалась работа ЛОР-отделения под руководством военврача И.М. Соболя [4].

Иона Моисеевич Соболев проработал в госпитале с 15 декабря 1941 по июль 1945 года. За это время в отделении было произведено около 2000 операций с хорошим результатом. Много внимания пришлось уделять подготовке кадров и повышению их квалификации. Ввиду недостатка врачей работать приходилось с колоссальной нагрузкой. С июля 1943 года доцент Соболев исполнял еще обязанности главного областного отоларинголога и врача-консультанта областного онкологического диспансера. За высокие показатели в работе отделению, возглавляемому доцентом Соболевым, в первом квартале 1945 года было присуждено переходящее Красное знамя.

Несмотря на такую загруженность, и в годы войны Иона Моисеевич не оставлял научную деятельность. Тематика его исследований носила оборонный характер: «Рациональная и экономная повязка для защиты ран» (1941), «Клиника травматического повреждения военного времени основных пазух и их лечение» (1943), «Значение рентгенографии для хирургического лечения огнестрельных повреждений сосцевидного отростка» (1945). В 1945 году вышла в свет одна из главных работ И.М. Соболя, в которой он описал методику подхода к крылонёбной ямке при слепых ранениях этой области [19]. Основой для исследования стал госпитальный материал. Для изучения данного вопроса И.М. Соболев применил краниометрический метод на большом количестве черепов, взятых на кафедре нормальной анатомии.

В соавторстве со стоматологом-протезистом им были созданы пелот для фиксации мягкого нёба и фиксатор для восстановления наружного скелета носа. Эти два изобретения были напечатаны в сборнике «Вопросы восстановительной хирургии» в Свердловске.

Не менее активной была и общественная деятельность Ионы Моисеевича Соболя в ивановский период его жизни. Он был секретарем научного общества оториноларингологов, секретарем научных конференций в медицинском институте, главным специалистом областного отдела здравоохранения. Много раз ему приходилось выезжать в районы Смоленской области для восстановления органов здравоохранения.

Иваново и в годы войны продолжало оставаться крупным центром текстильной промышленности, и Иона Моисеевич много времени уделял изучению особенностей труда ткачих и вредных факторов производства, влиявших на их здоровье. Он проводил массовое обследование работниц, ставил опыты на животных. Результатом этих клинико-экспериментальных исследований стала докторская диссертация «Влияние санитарно-гигиенических условий ткацкого производства на верхние дыхательные пути и уши», защищенная 18 апреля 1945 года. Решением Высшей аттестационной комиссии от 2 марта 1946 года Ионе Моисеевичу Соболю была присуждена ученая степень доктора медицинских наук.

Это событие явилось очередным рубежом творческой деятельности замечательного клинициста с широким диапазоном знаний не только по своей специальности, но и в смежных областях. Обладая исключительной энергией и работоспособностью, он не только мог лично продолжать научные исследования, но и возглавить кафедральный коллектив. И такая возможность ему вскоре представилась. 28 февраля 1947 года приказом Министерства высшего образования СССР доктор медицинских наук И.М. Соболев был утвержден в должности заведующего кафедрой болезней уха, горла и носа в Ставропольском государственном медицинском институте.

Кафедра существовала с августа 1941 года, когда по эвакуации в Ставрополь прибыл Днепропетровский медицинский институт. В числе преподавательского состава этого вуза находился доцент М.С. Лурье, на которого было временно возложено руководство кафедрой. Однако в марте 1942 года все три преподавательские должности на кафедре, включая заведующего, оказались вакантными. В июне 1942 года заведующим кафедрой был назначен профессор А.И. Гешелин – известный в стране ученый, заведующий кафедрой болезней уха, горла и носа Одесского медицинского института. Ввиду оккупации Ставрополя немецко-фашистскими войсками, работу в институте он оставил и был мобилизован в армию. С сентября по декабрь 1943 года заведующим кафедрой числился профессор И.Т. Дорошенко, который ранее заведовал кафедрой в Крымском медицинском институте. Однако уже через месяц после назначения на должность он покинул институт.

В связи с вакансией обязанности заведующего кафедрой и клиники ЛОР-болезней были возложены на ассистента Б.А. Дядченко, работавшего ЛОР-врачом центральной поликлиники г. Ставрополя. С 31 мая 1945 года заведующим кафедрой стал доктор медицинских наук В.В. Громов. Официально он был предшественником И.М. Соболя, однако Иона Моисеевич упоминал в своих работах в роли такового не Громова, а Б.А. Дядченко.

Как видно, кафедре уха, горла и носа Ставропольского медицинского института в кадровом отношении до тех пор не везло. Поэтому приезд в Ставрополь такого маститого специалиста, как Иона Моисеевич Соболев, стал знаковым событием не только для Ставропольского медицинского института и краевого центра, но и для всего Ставропольского края. Дело в том, что в то время развитие этой специальности в целом по стране опережало ситуацию на Ставрополье. В городах и районах края, за исключением Ставрополя, насчитывалось всего 12 ЛОР-врачей, из которых только 8 работали исключительно как отоларингологи, остальные четверо занимались этой работой по совместительству. Отсутствовали ЛОР-врачи в районных центрах: Красногвардейском, Новоалександровском, Благодарном, Зеленокумске, Ипатово, в городах Кисловодске и Железноводске.

В курортной зоне Кавказских Минеральных вод в летнее время в «домашних» условиях вели амбулаторный прием и производили некоторые операции светила советской оториноларингологии М.Ф. Цитович, В.И. Воячек, Б.М. Кажлаев, но их деятельность не имела системный характер и не могла охватить всех больных.

В самом Ставрополе дело с кадрами также обстояло неважно. В трех городских поликлиниках, поликлинике управления МГБ и железнодорожном диспансере имелись ЛОР-кабинеты, но только в двух из них врачи работали полный рабочий день. Не оказывалась непосредственная помощь из-за отсутствия штатных специалистов в краевых туберкулезном и венерологическом диспансерах, поликлинике инвалидов Отечественной войны и поликлинике МВД.

Клиникой ЛОР-болезней Ставропольского медицинского института в течение 5 лет руководил заведующий ушным отделением городской больницы, не имевший ученой степени и звания. Хирургическая работа в ней была сведена к оказанию неотложной помощи и производству операций амбулаторного типа. В виду не востребованности часть коек клиники была предоставлена челюстно-лицевому отделению.

23 марта 1947 года Иона Моисеевич Соболев приехал в Ставрополь. Приняв дела заведующего кафедрой болезней уха, горла и носа,

одновременно он возглавил ЛОР-клинику института, занял нештатный пост главного врача-специалиста при краевом отделе здравоохранения, создал и возглавил общество оториноларингологов [17].

Через месяц клинике ЛОР-болезней института было возвращено ее помещение, и количество коек возросло с 20 до 30. С этого времени число больных, желавших получить квалифицированную медицинскую помощь, резко возросло. Вскоре кафедре было предоставлено более благоустроенное здание, где стало возможным развернуть уже 40 коек и иметь несколько комнат для учебных целей. После ввода в строй нового здания краевой больницы ЛОР-клиника оказалась в самых благоприятных условиях: кроме палат на 60 коек, были оборудованы учебные аудитории, кабинет заведующего, ординаторская, перевязочная и сурдологическая лаборатория. Помимо основной работы Ионе Моисеевичу приходилось раз в неделю консультировать больных, а иногда и проводить наиболее сложные операции в открывшемся ЛОР-отделении городской больницы.

Через два месяца после приезда И.М. Соболя в Ставрополь в вузе проходила научная конференция, на которой он сразу заявляет о себе, как о серьезном учёном [18]. В сентябре 1948 года, довольно быстро, в традициях того времени, доктор наук Соболев утверждается в ученом звании профессора.

С приходом на кафедру И.М. Соболя преподавание учебной дисциплины «Болезни уха, горла и носа» было возведено на должный уровень, студенты привлечены к работе в научном кружке, клинические ординаторы стали пополнять ряды врачей, столь необходимых региону.

Первыми клиническими ординаторами на кафедре болезней уха, горла и носа в 1946 году были Л.Г. Карпова и Л.К. Малькевич. С приходом Ионы Моисеевича они начали работать над кандидатскими диссертациями. Людмила Григорьевна Карпова – хирург с фронтным опытом, никогда до этого не обслуживавшая ЛОР-больных. Отработав потом врачом-отоларингологом Ставропольской спецполиклиники, именно она стала одной из первых учениц Ионы Моисеевича, защитивших под его руководством не только кандидатскую (1953), но и докторскую диссертацию (1970), возглавила в 1972 году кафедру после ухода своего наставника [22, с. 83].

Но первым его учеником, защитившим кандидатскую диссертацию, стал ординатор Илья Моисеевич Раков (до 1951) – молодой человек с фронтным опытом. В 1970 году также под руководством профессора И.М. Соболя И.М. Раков защитил докторскую диссертацию

[16] и стал заведующим кафедрой ЛОР-болезней Кемеровского медицинского института.

Ввиду того, что на кафедре не оказалось опытных сотрудников, Ионе Моисеевичу первое время приходилось вести не только лекции, но и практические занятия, консультировать больных и проводить операции в клинике. Профессор Соболев был прекрасным лектором. Об этом свидетельствовали его коллеги, в частности, заслуженный деятель науки РСФСР, заведующий кафедрой офтальмологии института профессор Н.М. Павлов. Его лекции отличались насыщенностью клинического материала, полнотой изложения и демонстративностью. Эти навыки успешно передавались им его ученикам и становились традиционными для коллектива кафедры. Внимание профессора Н.М. Павлова привлекло стремление всех преподавателей кафедры «вести занятия в едином направлении, в желании привить всем студентам взгляды, мысли и идеи корифеев советской науки». Студенты с большим интересом присутствовали на практических занятиях по оториноларингологии и всегда положительно отзывались о кафедре.

Научный кружок кафедры ЛОР-болезней неизменно привлекал студентов. Только с 1962 по 1967 год в нём обучалось свыше 100 студентов лечебного и стоматологического факультетов. На ежегодных научных студенческих конференциях кружковцы кафедры выступали с прекрасными докладами, получали призы и премии на краевых межвузовских смотрах.

Кафедра ЛОР-болезней являлась передовой и в отношении внедрения в лечебную практику всего инновационного. В частности, использование поднаркозной бронхоскопии дало возможность отказаться от производства трахеотомии при инородных телах даже детям грудного возраста. На кафедре успешно проводились операции на среднем ухе, которые требовали особого мастерства. Все сотрудники кафедры владели сложными методами хирургической техники, что было также заслугой заведующего кафедрой. Опытный хирург И.М. Соболев продолжал искать новые пути в хирургической технике. Профессору И.М. Соболеву принадлежит новый метод частичной резекции гортани при раковом поражении.

За годы работы Ионы Моисеевича в качестве заведующего кафедрой важное место в её деятельности занимала практическая помощь органам здравоохранения. За это время краевые лечебные заведения расширили свою коечную ёмкость. За 20 лет число врачей-оториноларингологов возросло с 12 до 120. Помимо подготовки клинических ординаторов с 1965 года кафедра стала участвовать в переподго-

товке и повышении квалификации врачей. Преподаватели оказывали плановую и экстренную помощь населению, обслуживая отдалённые районы края. С их участием проводилась диспансеризация сельских жителей [1, л. 46-47].

Научно-исследовательская работа профессора И.М. Соболя в городе Ставрополе была отмечена написанием двух глав для многотомных руководств по оториноларингологии [20], монографии «Скорая помощь при заболеваниях и травмах уха, горла, носа» [21]. Кроме того, что И.М. Соболев стал автором одной из глав названного многотомного руководства, его имя еще несколько раз фигурирует на страницах данного издания со ссылками на его методы или опыт работы.

Об уровне теоретической и практической подготовки И.М. Соболя говорит его активное участие в V съезде оториноларингологов СССР в 1958 году, проходившем в Ленинграде. Здесь он выступал с докладом об отдельных отрицательных сторонах тимпаноластики, дважды включался в прения по докладам коллег из Симферополя, Польши, Москвы, Краснодара. Выступая как опытный хирург, по ряду позиций он не соглашался с мнением некоторых выступавших коллег, возражая им в корректной форме [23, с. 285, 358-359, 372-375].

Ряд научных статей профессора И.М. Соболя был посвящен проблемам онкологии ЛОР-органов. Случай ракового поражения носа он описал в одной из ранних своих работ в 1931 году. Первые системные исследования по вопросу рака гортани Иона Моисеевич изложил в своем докладе на заседании краевого научного ЛОР-общества в 1955 году. В 1961 году профессор Соболев представил доклад на французском языке «*Hormonotherapie comme prophylaxis des complications postoperatoires et durant l'extirpation du larynx a propos du cancer*» («Гормонотерапия как профилактика послеоперационных осложнений при лечении рака гортани») на VII Международном конгрессе оториноларингологов в Париже, проходившем 23-29 июля 1961 года. Одна из секций конгресса была посвящена проблеме рака гортани. Несмотря на то, что Ионе Моисеевичу не представилась возможность личного участия в этом мероприятии, его работа была опубликована в материалах конгресса [15]. Ещё две статьи, написанные совместно с его учеником А.Д. Фаянсом, были опубликованы в материалах III научно-практической конференции оториноларингологов Северного Кавказа и Московского НИИ уха, горла и носа в 1969 году.

И.М. Соболев часто публиковал свои работы в журнале «Вестник оториноларингологии», членом редакционного совета которого он являлся. Ряд его научных трудов носил методический характер: «О

методике подготовки аспирантов-заочников по оториноларингологии» (1966), «Некоторые элементы программированного обучения студентов на кафедре оториноларингологии» (1969). Они характеризуют автора, как человека незаурядного и в вопросах педагогики.

Много сил профессор Соболев отдавал подготовке научных кадров. Он руководил диссертационными работами преподавателей и врачей из Баку, Нальчика, Дзержинска, Клинцов, Элисты и других городов. По словам профессора Н.М. Павлова, кафедра ЛОР-болезней в вузе производила впечатление «научного центра, где успешно готовились молодые кадры». За четыре пятилетних срока заведования кафедрой (с 1947 по 1966 г.) под его руководством было выполнено и защищено 13 кандидатских диссертаций: в первый срок – 3, за второй – 3, за третий – 3, за четвертый – 4. Вслед за этим Иона Моисеевич выступил в роли научного консультанта и научного руководителя по двум докторским диссертациям на кафедре, одной докторской и шести кандидатским диссертациям у практических врачей [1, л. 37].

Весь преподавательский состав на кафедре – доценты Л.Г. Карпова и Л.К. Малькевич, ассистенты Б.М. Цецарский, И.П. Енин и М.А. Гукасянц – состояли в числе учеников заведующего кафедрой профессора И.М. Соболя. Мало того, под его руководством вели диссертационные исследования преподаватели других кафедр, где была возможность работы в общих областях. Так, ассистент кафедры нормальной анатомии А.М. Коровина в 1968 году защитила диссертацию на тему «Морфогенез и некоторые вопросы гистохимии нёбных миндалин человека» [2, л. 28]. Также успешно защитилась под руководством И.М. Соболя ассистент кафедры внутренних болезней стоматологического факультета К.А. Жижина.

В 1971 году докторскую диссертацию на тему «Клинико-морфологические особенности аллергических средних отитов» защитил Б.М. Цецарский – один из талантливейших учеников профессора И.М. Соболя. Он пришел на смену профессору Л.Г. Карповой после ее ухода на заслуженный отдых в 1988 году [24]. В 1973 году докторскую диссертацию «К патогенезу и профилактике профессиональной тугоухости у бетонщиков» защитил И.П. Енин, возглавивший в 1978 году созданную им кафедру детской оториноларингологии.

Иона Моисеевич Соболев был известен в коллективе института как честный и принципиальный человек. Его выступления на заседаниях учёного совета отличались прямотой, искренностью и убежденностью. Как руководитель он отличался высокой организованностью, пунктуальностью и требовательностью к себе, эти же качества он старался

привить и своим подчиненным. «Блестящий клиницист, отличный руководитель кафедры, опытный воспитатель молодого поколения медицинских работников», - так отзывался о нём ректор института профессор В.Ю. Первушин [1, л. 52].

По воспоминаниям преемников и последователей И.М. Соболя, важнейшей его заслугой стало создание здорового микроклимата на кафедре и в ЛОР-отделении краевой больницы, на долгие годы определившего взаимоотношения преподавателей и врачей [5, с. 6].

Необходимо сказать, что долгие годы спутницей жизни Ионе Моисеевичу была его первая супруга Мария Иосифовна Соболя – выпускница Сорбонны – Парижского университета. С ней он приехал на учебу в Киев и прожил 46 лет. Занимаясь домашним хозяйством, она часто реферировала ему иностранную литературу. Она помогала мужу и с переводом его статей на французский язык, которым он не владел. После смерти Марии Иосифовны Иона Моисеевич женился вторично. Его женой стала Ревека Елизаровна Злотвер – ассистент кафедры акушерства и гинекологии Ставропольского медицинского института [22, с. 138]. Ее сыну Иона Моисеевич дал свою фамилию и отчество, и, несмотря на то, что уже сам отошел от дел, способствовал становлению приемного сына в качестве врача в области оториноларингологии. После смерти Ионы Моисеевича Владимир Ионович с матерью выехали в Израиль, и сегодня он работает в одной из клиник Иерусалима.

Профессор И.М. Соболя вышел на заслуженный отдых в 1972 году в 75-летнем возрасте, имея 45-летний трудовой медицинский стаж. Но до последних дней жизни он поддерживал тесные отношения с коллективом кафедры. Иона Моисеевич Соболя ушел из жизни 21 августа 1987 года на 90-м году жизни и был похоронен на Игнатьевском кладбище города Ставрополя.

Подводя итог, можно утверждать, что профессор И.М. Соболя, проработавший 25 лет в Ставропольском медицинском институте в качестве заведующего кафедрой, стал основоположником оториноларингологии на Ставрополье. Придя в вуз через девять лет после его создания, именно он заложил основы учебного процесса кафедры болезней уха, горла и носа, определил характер взаимоотношений в коллективе, поставил работу общества врачей-оториноларингологов и существенно способствовал развитию медицинской помощи населению Ставропольского края. За годы своей работы на Ставрополье Иона Моисеевич Соболя создал свою школу учеников, в числе которых 6 докторов и 25 кандидатов медицинских наук. Его воспитанники – доктора наук, профессора Карпова Л.Г., Цецарский

Б.М., Енин И.П., возглавлявшие в разные годы кафедральные коллективы в Ставропольском медицинском институте, воспитали плеяду последователей, в числе которых профессор В.П. Карпов и нынешний заведующий кафедрой оториноларингологии, ректор университета профессор В.И. Кошель.

ЛИТЕРАТУРА И ИСТОЧНИКИ:

1. *Архив Ставропольского государственного медицинского университета (СтГМУ). Ф. Р-2431. Оп. 2А. Д. 2861.*
2. *Архив СтГМУ. Ф. Р-2431. Оп. 2А. Д. 3019.*
3. *Боскис Рахиль Марковна // Российская еврейская энциклопедия. URL: https://www.ruje.ru/index.php/БОСКИС_Рахиль_Марковна (дата обращения 02.08.2018).*
4. *Илупина Ф.М. Госпитальная база Ивановской области в годы Великой Отечественной войны. - Диссерт. на соиск. ... к.м.н. – Иваново, 1950. – 376 л.*
5. *Иона Моисеевич Соболя / И. П. Енин, В. И. Кошель; под общей редакцией В. Н. Муравьевой. – Ставрополь : Изд-во СтГМУ, 2013. – 28 с.*
6. *Иосиф Исаакович Ставицкий. URL: http://cyclowiki.org/wiki/Иосиф_Исаакович_Ставицкий (дата обращения 02.08.2018).*
7. *Карташев А.В., Карташев И.В. Жизненный путь и трудовая деятельность Р.Р. Гельтцера (1890-1968) // «Opera medica historica. Труды по истории медицины». Альманах РОИМ. – М. : «Издательский дом Магистраль», 2017. – С. 475-486.*
8. *Карташев А.В., Карташев И.В., Багдасарова А.Л. Профессор Н.М. Павлов – организатор офтальмологии на Ставрополье // Актуальные проблемы развития высшего медицинского образования России XVIII–XXI вв. Сборник статей научно-практической конференции с международным участием «К 120-летию Первого Санкт-Петербургского гос. мед. ун. им. акад. И.П. Павлова» 9 ноября 2017 г. – СПб. : РИЦ ПСПбГМУ, 2017. – С. 102-109.*
9. *Кафедра болезней уха, горла, носа. URL: <http://museum.rostgmu.ru/подразделения/истории-кафедр/кафедра-болезней-уха-горла-носа> (дата обращения 02.08.2018).*
10. *Кашманова Г.Н., Диндяев С.В. Участие сотрудников Ивановского медицинского института в работе эвакогоспиталей на*

- территории Ивановской области. URL : <https://isma.ivanovo.ru/attachments/4993> (дата обращения 02.08.2018).
11. Киселев А.С. Это было в Одессе... Из жизни профессора А.М. Пучковского (1881-1937) в период Гражданской войны // Российская ринология. – 2014. – № 4. – С. 61-65.
 12. Коляденко В. Г. Алексеенко Иван Пименович // Енциклопедія сучасної України / Національна академія наук України, Наукове товариство імені Шевченка, Координаційне бюро енциклопедії сучасної України НАН України. – Ред. І. М. Дзюба, А. І. Жуковський та ін.. – К. : [б. в.], 2001. – Т. 1: А. – С. 370-371.
 13. Кошель В.И., Махлиновская Н.В., Кржечковская Г.К., Приходько Е.А. История создания и развития кафедры оториноларингологии Ставропольской государственной медицинской академии // Российская оториноларингология. – 2008. – № S1. – С. 29-32.
 14. Музей истории СтГМУ. Фонд И.М. Соболев. Вырезка из газеты «За медицинские кадры». Можаров Г. Операции военврача Соболев.
 15. Преображенский Б.С., Лихачев А.Г., Светлаков М.И., Преображенский Н.А. VII Международный конгресс оториноларингологов // Вестник оториноларингологии. – 1962. – № 1. – С. 7-29.
 16. Раков И.М. Прямая шейная лимфография в диагностике региональных метастазов злокачественных новообразований лорорганов : Автореферат дис. ... д.м.н. – М., 1970. – 29 с.
 17. Соболев И.М. История развития оториноларингологии в Ставропольском крае // Сборник научных трудов. Выпуск III. – Ставрополь : Кн. изд-во, 1949. – С. 248-253.
 18. Соболев И.М. Клиника сладеровского синдрома // Тезисы докладов на научной сессии 24-26 мая 1947 года. – Ставрополь : СГМИ, 1947. – С. 31-32.
 19. Соболев И.М. О крылонёбном узле и крылонёбной ямке : монография. – Иваново: обл. изд-во, 1945. – 256 с.
 20. Соболев И.М. Острые и хронические неспецифические заболевания глотки, гортани и трахеи (Глава IX) // Руководство по оториноларингологии. – Т. 3. – М. : Медгиз, 1963. – С 228-225.
 21. Соболев И.М. Скорая помощь при заболеваниях и травмах уха, носа, горла и пищевода. – [2-е изд.]. – Ставрополь : Кн. изд-во, 1959. – 147 с.
 22. Ставропольский медицинский: дорогами войны: биографический справочник / сост.: А.В. Карташев, А.К. Курьянов, С.М. Дугинец, Р.С.

- Спевак, К.В. Теплякова, О.А. Гейко: под ред. д.и.н. А.В. Карташева. – Ставрополь : Изд-во СтГМУ, 2015. – 232 с.
23. Труды V Съезда оториноларингологов СССР. 7-12 июля 1958 г. / [Ред. коллегия: проф. А. Г. Лихачев и др.]. – Ленинград : Медгиз. Ленингр. отд-ние, 1959. – 823 с.
 24. Цецарский Борис Михайлович / под. рук. А.В. Карташев, С.М. Дугинец. – Ставрополь : Изд-во СтГМУ, 2014. – 60 с.

НИКОЛАЙ СТЕПАНОВИЧ ЛОБАС – ВРАЧЕВАТЕЛЬ КАТОРЖАН (К 160-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)

О.А. Кистенева, А. Д. Котлярова

Белгородский государственный национальный
исследовательский университет

В.В. Кистенев

Белгородский государственный институт искусств и культуры

Аннотация: Статья посвящена истории жизни и деятельности врача каторжных тюрем на о. Сахалин Николая Степановича Лобаса. Освещена благотворительная и просветительская его деятельность.

Ключевые слова: Биография, Лобас Н.С., история медицины, тюремный врач, земский врач, гора Лобаса, остров Сахалин, Курская губерния.

Abstract: The article is devoted to the history of life and work of the doctor of convict prisons on Sakhalin Nikolai Stepanovich Lobas. Its charitable and educational activities are highlighted.

Key-words: Biography, Lobas, N.S., history of medicine, the prison doctor, a country doctor, a mountain of Lobas, Ostrov Sakhalin, Kursk province.

В процессе освоения курса истории медицины студенты Белгородского государственного университета обращаются к вопросам изучения истории своего рода, обращая особое внимание на тех его представителей, которые посвятили свою работу и жизнь сфере здравоохранения. Судьба предка одного из авторов статьи Анастасии Котляровой – Николая Степановича Лобаса вызвала неподдельный интерес, а собранная информация позволила заострить внимание на актуальных и в настоящее время вопросах трудовой деятельности российского врача.

Следует отметить, что данная тематика находится в междисциплинарном пространстве на стыке истории, генеалогических исследований и медицины, потому отдельные ее аспекты недостаточно изучены и освещены в специальной литературе.

После долгих исследований, поиска информации в архивах, в переписке с сотрудниками музеев и краеведами, удалось узнать удивительную историю врача, который остался в памяти многих благодарных людей, отдав свою жизнь благородной профессии и борьбе за права человека. Врач каторжных тюрем на Сахалине Лобас Николай Степанович также оставил след в истории медицины Белгородчины – в начале XX века он работал земским врачом в Грайвороновском уезде Курской губернии и был выборщиком Первой Государственной Думы.

Николай Степанович Лобас родился 26 июля 1858 года в с. Куцовка (Новгородка) Херсонской губернии. Поселение было небольшим казенным, основано солдатами 3-й кирасирской дивизии, осваивавшими земли Новороссии. Отец - Степан Петрович из православных мещан, служил земским деятелем и разбирался в вопросах ведения сельского хозяйства. У Николая было два брата: Георгий Степанович и Василий Степанович. С детства мальчик был погружен в вопросы освоения территорий юга России [Лобас. Сахалинская каторга 2012].



Рис. 1. Николай Степанович Лобас

Из сельской школы в 1871 году отец перевел Николая во 2-ю Харьковскую гимназию. В 1879 году Лобас успешно окончил её и поступил в Харьковский университет. Лучшее медицинское образование в те времена давали столичные вузы, и в 1882 году Николай перешел

в Императорскую Военно-медицинскую академию в Петербурге, которую окончил в 1885 году лекарем (хирургом), надворным советником.

Службу Николай начал младшим врачом 135-го пехотного полка в Павлограде Екатеринославской губернии, куда вернулся в 1901 г. городским врачом. Оценивая эти годы, сам Лобас впоследствии написал: «Воспитание и образование происходило под влиянием Писарева, Добролюбова, Тургенева, Достоевского, писателей-народников, «Отечественных записок» и реакции 1880-х годов» [Мощенский 1995].

Когда бывший в столице в 1892 году начальник Сахалина В.О. Кононович предложил Николаю Степановичу должность на каторжном острове Сахалин, он согласился. На остров последовала телеграмма В. Кононовича о том, что коллежский асессор Н.С. Лобас (видимо, служба у Лобаса складывалась успешно, если к 34 годам сын мещанина был в звании, равном армейскому майору) 20 декабря 1892 года назначен врачом Тымовского окружного лазарета (позже Александровского лазарета). 9 мая 1893 года Николай прибыл на остров и вступил в должность. Проработал он на острове до 1900 г. [Семейный архив Котляровых].

Тымовский окружной лазарет, расположенный в поселении Рыковском, представлял собой три отдельно стоящих барака: терапевтический, хирургический и женский. Рядом с бараками размещались запасной флигель для душевнобольных и небольшое аптечное здание.

Одновременно с Лобасом на остров в должность заведующего медицинской частью прибыли друг Николая по работе в Павлограде врач Л.В. Поддубский. Благодаря врачебному уставу 1892 года Поддубский имел права губернского врачебного инспектора. О нем в 1905 г. Лобас Н.С. опубликует во «Врачебной газете» заметки «К истории русской штрафной колонии», где приведет яркие картины условий, в которых приходилось работать тюремным врачам, в состоянии постоянного конфликта с администрацией. Многие, не выдержав унижений, уезжали с Сахалина. «Трудно было дышать врачам в сахалинской атмосфере, — отмечал Н. С. Лобас, — но всё же положение их скрашивалось тем, что у них был человек (речь идет о Поддубском), к которому можно было смело идти за ободрением, поддержкой и защитой, и он грудью отстаивал своих товарищей-сослуживцев, сам доходил до полного нервного истощения, но не опускал рук и защищал своё дело до последних сил. Чуть не ежедневно гремели выговоры, сыпались угрозы, шипела клевета и пускались в ход доносы, а он неуклонно шёл к намеченной цели

и ради дела, во главе которого он был поставлен, не щадил себя. Такие люди, такие рыцари без «страха и упрека» в наше серое, безразличное время весьма редки, и я бы совершил большой грех, если бы не назвал имени этого человека. Память о Леониде Васильевиче Поддубском, бывшем заведующем медицинской частью Сахалина, никогда не умрёт в сердцах сахалинцев, а история русской каторги впишет его имя на свои страницы» [Лобас. К истории русской штрафной колонии 1905: 97].

В штате медицинской части острова Сахалин числились 8 чиновников. Помимо заведующего (Поддубский Л.В.) и его помощника (на эту должность из с. Рыковского был сразу переведен Лобас Н.С.) сюда входили фармацевт-провизор с двумя помощниками, ветеринарный врач и два фельдшера-ветеринара. Каждый административный округ составлял один врачебный участок с одним окружным врачом. В округах имелись лечебницы: в Александровском на 200 коек (с отделением для душевнобольных в с. Ново-Михайловском); в Тымовском, Корсаковском на 100 коек. В штате каждой лечебницы числились 2 врача и 1 акушерка. При них же аптека [Сахалин. 12 сентября 1897].

На Сахалин врач Лобас Н.С. прибыл уже семейным человеком. В. Дорошевич отмечает «милую семью» доктора с четырьмя детьми (Стефан, Сергей, Лидия, Павлик). Семья Лобасов включала в себя и родную сестру доктора Марию Степановну, последовавшую за братом на каторжный остров.

В приказе военного губернатора о. Сахалин В.Д. Мерказина от 17.01.1895 г. было сказано, что Мария Лобас зачислена сверхштатной надзирательницей при Александровском детском приюте. А уже в ноябре 1897 года газета «Владивосток» сообщает: «С 1 октября текущего года предположено открыть в п. Александровском школу для детей служащих всех ведомств на острове Сахалин. Заведовать школой будет М.С. Лобас, сестра окружного врача, зарекомендовавшая себя любовью к школьному делу и детям во время её нахождения во главе приюта для сирот и покинутых детей» [Лобас. Несколько штрихов из жизни русской каторжной колонии 1903].



Рис. 2. Н.С. Лобас с детьми в своем имени в Белгородском уезде (в цветной рубашке сын Павлик)

Профессия врача не гарантировала защиту от болезней и эпидемий, часто посещавших островную колонию. В 1896 году семья Лобас 10 марта потеряла десятилетнего сына Стефана (поражение мозга), а 28 декабря «от воспаления брюшины и заворота кишок» умерла 6-летняя дочь Лидия.

В истории Сахалина сохранилось немало легенд об уникальных людях, снискавших особое уважение среди поселенцев. Но вряд ли был человек, которого «каторга» любила больше, чем доктора Лобаса. Николай Степанович был одним из самых порядочных людей, пытавшихся с первых дней службы на Сахалине изменить прогнившую каторжную систему. Лобас был внимательным к больным каторжанам, приветливый и простой в общении, он профессионально исполнял врачебный долг. Николай Степанович принимал и помогал в любое время суток, отстаивал права каторжан перед тюремной властью, запрещая по состоянию здоровья наказывать их плетью. Каторга обожала Лобаса, несмотря на то, что он никогда не потакал арестантам и не позволял им укрываться от работ в лазарете под видом больных.

Позже, прослужив на Сахалине шесть лет, он напишет: «Сахалинская каторга представляет лабораторию, где производят больных и медленно, но верно приводят к преждевременной смерти посредством низведения жизненных сил живого организма до минимума и искусственно создают людей, неспособных к труду и к самой жизни» [Бурдина 2017: 370].

Доктор Лобас один из первых начал делать прививки коренным жителям Сахалина, благодаря чему многих из них спас от болезни и преждевременной кончины. Неделями разъезжая по окраинам Сахалина в любую погоду, он лично прививал от оспы местных аборигенов нивхов.



Рис. 3. Прививка от оспы у нивхов доктором Н.С. Лобасом

Только в селениях Арково и Агнево он спас от эпидемий 107 жителей стойбищ. Местные жители настолько ему доверяли, что позволяли прививать даже грудных детей.

Доктор Лобас занимался благотворительной и просветительской деятельностью. Содействовал открытию Общества пособия бедным, музея и детского приюта в п. Александровском (1893 г.), изданию «Сахалинских календарей». Боролся против телесных наказаний. Приобрел большой авторитет среди свободного населения острова и ссыльнокаторжных. Н. С. Лобас внес много нового в описание внутреннего мира, физического и морального состояния островного населения и преступной среды, был противником телесного наказания. Каторжные видели в нем не только хорошего врача, но и человека, который защищает здоровье и гражданские права.



Рис. 4. Н.С. Лобас (справа) в помещении первого Сахалинского музея (попечителем которого он являлся) в посту Александровском (конец XIX века)

Лобас Н.С., Поддубский Л.В. и Погаевский Р.А. стояли у истоков не только сахалинской медицины, они создавали историю Сахалина первыми фотоснимками, первыми этнографическими исследованиями, первыми музеями, метеорологическими станциями, театрами, школами, сахалинскими изданиями и пр.

В январе 1900 года вышел приказ военного губернатора Сахалина № 5 от 14.01.1900 «Об увольнении Александровского окружного врача, коллежского советника Н.С. Лобаса от должности по болезни и вовсе от службы в отставку с 5.11.1899 г.». Ему в тот год было чуть за сорок лет. Между врачами и тюремной администрацией были конфликты по поводу содержания, наказания заключенных. Вероятнее всего данные противоречия и стали главной причиной увольнения Н. С. Лобаса. Николай Степанович позже писал: «Вспоминая свою службу в каторжных тюрьмах острова Сахалина и службу моих товарищей, я не припомню ни одного дня, в котором не было бы столкновения между нами и чинами тюремного надзора» [Лобас. Сахалинская каторга 2012].

Последующие годы, уже на материке, Н. С. Лобас продолжал работать врачом, много занимался литературной деятельностью. Наряду с медицинской публицистикой писал поэтические новеллы.

Книги Н. С. Лобаса публиковались в 1903 и 1913 годах отдельными изданиями, статьи — в дореволюционных газетах и сборниках, чудом сохранившихся до наших дней. Характерны названия некоторых статей: «О. Сахалин. К вопросу о телесных наказаниях», «Преступники

душевнобольные», «По поводу притворных болезней арестантов о. Сахалин», «Опять розга», «Условия жизни сахалинского арестанта и реакция на них его организма», «Освободились. Сахалинский эскиз» [Лобас 1898; 1899; 1906; 1915; Русская интеллигенция 2001;].

Две главные его книги «Каторга и поселение на острове Сахалине (несколько штрихов из жизни русской штрафной колонии)» (Павлоград, 1903) и «Убийцы» (некоторые черты психофизики преступников): со снимками преступников» (М., 1913) [Лобас 1903; 1913].



Рис.5. Труды Н.С. Лобаса

Исследование убийц, отбывающих ссылку, изучение их судеб и психики, опубликованное в книге «Убийцы», является ценным трудом доктора Лобаса. Прежде чем написать свой труд, доктор провел с преступниками продолжительные беседы, изучил динамику пульса до воспоминаний о совершенном преступлении и во время рассказа о нем. Лобас настолько вошел в доверие к ссыльным, что они полностью раскрывались перед ним и делились самыми тайными подробностями содеянного. Николай Степанович провел грандиозную работу по физиодиагностике еще в конце XIX - начале XX века, когда эта тема была не раскрытой.

В 1901-1904 – городской врач в г. Павлограде Екатеринославской губернии. С 1904 г. перешел на службу в Земство, работал земским врачом в Грайворонском уезде Курской губернии и был выборщиком Первой Государственной Думы, занимался общественно-политической деятельностью, защитой интересов крестьян [История Борисовского края 2008].

После 1906 года со страниц местной прессы пропало имя Николая Степановича. В годы первой русской революции социал-демократических организаций на территории Грайворонского уезда еще не было. Однако социалистические идеи доходили и сюда. Известно по источникам, что в Хотмыжске революционную агитацию вел и земский врач Лобас Николай Степанович. За «вредную деятельность», подрывающую устои власти, в августе 1906 году как политически неблагонадежный он был уволен со службы и арестован карательным отрядом под командованием генерала Литвинова (стоявший в Борисовке с июля 1906 года), как зачинщик революционного движения. В доме был произведен тщательный обыск: искали оружие и запрещенную литературу [ГАКО. Документы о революционных событиях 1905-1907 гг. в Грайворонском уезде; Рязанов 1975].



Рис. 6. На крыльце Белгородской тюрьмы (1906 г.)

(Фото 1: справа-налево: Сергей Николаевич Лобас, жена Зиновья, сестра Мария Степановна, мать Анна Васильевна, сын Павел. На оторванной половине снимка был: Лобас Николай Степанович - Хотмыжский земский врач)

Лобас Н.С. был заключён в Белгородскую тюрьму вместе с сыном-гимназистом Павлом на три месяца, но сумел доказать, что он «мирный врач, не помышляющий о революционной деятельности». В итоге суд вынес оправдательный приговор, однако Лобас провел в тюрьме 2 месяца. [Фонды МБУК «Борисовский историко-краеведческий музей»; Охрименко 1998].

Из документов известно, что все арестанты этой тюрьмы митинговали и в камерах, и во дворе. Слышались революционные песни. Надзиратели никаких мер не принимали, по-видимому, поддержи-

вали настроения заключенных [ГАКО; Лобас. Карательный отряд в Грайворонском уезде 1925].

После 1907 г. Лобас Н.С. перебрался в Бердянск Таврической губернии практикующим врачом, откуда переехал в Харьков (1910-1916).

В 1915 г. во время работы в Харькове доктор Н. С. Лобас написал проникновенную статью-некролог памяти своего товарища врача Л. В. Поддубского, который был послан для оборудования госпиталя для раненых воинов в г. Ельне Смоленской губернии и там скоропостижно скончался [Лобас. Памяти д-ра Л. В. Поддубского 1915: 996 - 999].



Рис. 7. Лобас Николай Степанович в кругу семьи
(фотография сделана в г. Хотмыжск (ныне поселок Белгородской обл.)

Последние сведения о Н. С. Лобасе были обнаружены на страницах Российского медицинского списка на 1 мая 1916 года. Это издание главного врачебного инспектора Министерства внутренних дел в Петербурге. В списке указывалось: Лобас Н.С. – коллежский советник, вольнопрактикующий врач в г. Харькове. Далее следы его потерялись. Дата его смерти не установлена [Латышев 2012].

Однако было обнаружено письмо Н.С. Лобаса, датированное 1930 г. в котором имеется информация о том, что врач отправлял в музей революции свои фотографии и очерки-воспоминания о революционных событиях.

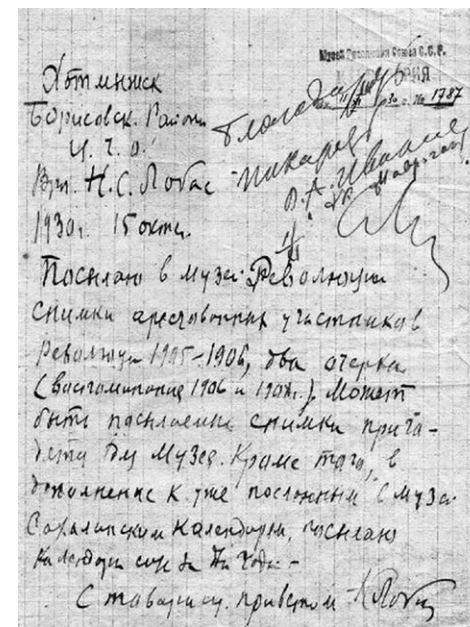


Рис. 8. Письмо Н.С. Лобаса в музей революции (1930 г.)

Именем Лобаса, врача и исследователя Сахалина времён каторги, названа гора (746,0 м). Она считается высочайшей вершиной Долинского хребта, расположенного вдоль восточного побережья острова в Долинском районе Сахалинской области.



Рис. 9. Гора Лобаса на о. Сахалин

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурдина Д. А. Каторга на Сахалине в конце XIX - начале XX вв. // Молодой ученый. 2017. № 1. С. 370-374. URL <https://moluch.ru/archive/135/37922/> (дата обращения: 21.08.2018).
2. Государственный архив Курской области (ГАКО). Документы о революционных событиях 1905-1907 гг. в Грайворонском уезде. Выпуски.
3. История Борисовского края / А.А. Еременко; ред. сост. А.А. Еременко, А.В. Тришин. Белгород : Белгородская областная типография, 2008 С.81-84.
4. Латышев В. М., Дударец Г. И. Доктор Н. С. Лобас и сахалинская каторга. Южно-Сахалинск, 2012. С. 7–28.
5. Лобас Н. С. К истории русской штрафной колонии // Врачебная газета. 1905. № 24. С. 97.
6. Лобас Н. С. Памяти доктора Л. В. Поддубского // Врачебная газета. 1915, 15 марта. № 11. С. 996 - 999.
7. Лобас Н.С. Карательный отряд в Грайворонском уезде. Газета // Газета «Курская правда», № 290 от 20 декабря 1925 г., С. 3.
8. Лобас Н.С. Каторга и поселения на о-ве Сахалине (Несколько штрихов из жизни русской каторжной колонии). Павлоград, 1903. 160 с. с илл.
9. Лобас Н.С. О. Сахалин. К вопросу о телесных наказаниях // Врач. 1898. № 26. 27 июня. С. 760-763.
10. Лобас Н.С. Освободились. Сахалинский эскиз // Пробуждение. 1906. № 8. С. 212-214.
11. Лобас Н.С. По поводу притворных болезней арестантов о. Сахалин // Врачебная газета. 1915, 15 марта. № 11. С. 996 – 999.
12. Лобас Н.С. Сахалинская каторга: (записки тюремного врача). Южно-Сахалинск, 2012. 391 с.
13. Лобас Н.С. Убийцы (Некоторые черты психофизики преступников). М., 1913.
14. Лобас Н.С. Условия жизни сахалинского арестанта и реакция на них его организма // Врач. 1899. № 13. 27 марта. С. 373-377.
15. Мощенский А.А., Золотухин И.Л. Очерки истории здравоохранения Сахалинской области. Владивосток, 1995. С. 42-43.
16. Охрименко И.Г. Очерки истории Борисовского района. Т. 1-4. Б. М., 1998.

17. Русская интеллигенция. Автобиографии и библиографические документы в собрании С.А. Венгерова. СПб., 2001. Т. 1., С. 602.
18. Рязанов Т.Я. Наш край в годы первой революции // Газета «Призыв». 1975 г. 11 января. С. 4.
19. Сахалин. 12 сентября // «Владивосток». 1897, 16 ноября. № 46.
20. Семейный архив Котляровых.
21. Фонды МБУК «Борисовский историко-краеведческий музей».
22. Чехов А. П. Остров Сахалин // Поли. собр. соч. и писем. Сочинения. М., 1987.

ЗЕМСКИЙ ВРАЧ П.К. ГАЛЛЕР

Р.Н. Киценко

Волгоградский государственный медицинский университет

ZEMSTVO DOCTOR P.K. GALLER

R.N. Kitsenko

Volgograd state medical university

Аннотация: В статье рассматривается научная и практическая деятельность саратовского земского врача П.К. Галлера.

Ключевые слова: Земская медицина, медицинская статистика, Саратовское земство.

Abstract: The article examines the scientific and practical activities of the Saratov zemstvo doctor P.K. Galler.

Key-words: Zemstvo medicine, medical statistics, Saratov zemstvo.

Пореформенный период в отечественной истории отмечен уникальным явлением земской медицины. Благодаря инициативам земских медиков в России была создана система медицинских участков и противоэпидемическая служба, получило развитие санитарное просвещение. Однако, кроме лечебной и профилактической деятельности, в работе земских врачей часто присутствовала исследовательская сторона: высокая заболеваемость и смертность среди крестьянского населения стимулировали поиск факторов, влиявших на эти показатели. По сути именно земскими врачами были заложены основы медицинской статистики в России конца XIX – начала XX вв.

(Петров, Киценко 2017). Из среды земских врачей вышли известные учёные: М.Я. Капустин, Е.А. Осипов, И.И. Куркин, И.И. Моллесон, Н.Ф. Гамалея и др.

Примером сочетания самоотверженного труда в российской глубинке с серьёзными научными изысканиями является деятельность саратовского земского врача Петра Карловича Галлера.

Петр Карлович Галлер родился в 1858 г. в с. Сосновка (Шиллинг) Камышинского уезда Саратовской губернии. По окончании Саратовской мужской гимназии поступил на медицинский факультет Дерптского университета. В 1887 г. молодой выпускник начал работать земским врачом в с. Привальное (Варенбург) Новоузенского уезда Самарской губернии. В 1888 г. перешёл на службу в Саратовское земство, работал врачом в Камышинском уезде (Энциклопедия 1999). Наблюдая широкое распространение инфекционных заболеваний в крестьянской среде, он сконцентрировал внимание на изучении факторов их распространения.

В 1891 г. в журнале «Саратовский санитарный обзор» были опубликованы две статьи П.К. Галлера о натуральной оспе: «Эпидемия натуральной оспы в с. Меловатка Камышинского уезда» и «Оспопрививание в Камышинском уезде за последние 25 лет». В них автор проанализировал организацию оспопрививания в российской деревне с начала введения земского самоуправления (в Саратовской губернии – в 1866 г.). Констатируя «незавидные» результаты оспопрививания, П.К. Галлер выделил ряд причин этого явления: неграмотность оспопрививателей, неудовлетворительное качество прививочного материала, отсутствие контроля за эффективностью вакцинации, неприятие вакцинации крестьянами по религиозным мотивам. Примечателен анализ П.К. Галлером этнокультурных факторов, влиявших на отношение к вакцинации: в частности, он отмечал, что немцы-колонисты охотно прививали своих детей и даже следили за своевременностью вакцинации, тогда как в русских сёлах оспа часто не прививалась «вследствие предрассудков» (Галлер 1891). П.К. Галлером были предложены способы повышения эффективности вакцинации: повторные осмотры привитых детей с целью контроля эффективности прививки, ревакцинация детей при поступлении в школу (в 8-10 лет), изготовление прививочного материала (детрита) под контролем земских врачей. Он также предложил отменить «поштучную» плату за прививки и увеличить жалованье оспопрививателям.

В 1892 г. П.К. Галлер возглавил инфекционное отделение саратовской Александровской земской больницы, принимал активное участие

в борьбе с эпидемиями тифов и холеры. В этот период его научные интересы сконцентрировались вокруг эпидемиологии и бактериологии холеры, ряд его исследований по этой проблеме были опубликованы в «Саратовском санитарном обзоре» и «Врачебно-санитарных хрониках Саратовской губернии».

В 1895 г. он был направлен в Германию для профессиональной подготовки в области бактериологии, а в 1898 г. проходил обучение на пастеровских станциях в Европе и России. В том же году под руководством П.К. Галлера в Саратове была открыта пастеровская станция. Ежегодно уездные земства выделяли средства для отправки укушенных бешеными животными крестьян в губернский город, для лечения антирабической вакциной (Журнал 1902). В директивах земских управ волостным правлениям отмечалось: «В последнее время лечение таких больных ведётся очень успешно и случаев заболевания бешенством почти не наблюдается, если укушенные прибегают к медицинской помощи вскоре после укушения» (ГАВО, ф. 294, оп. 1, д. 221, л. 9).

П.К. Галлер успешно сочетал врачебную практику с общественной и научной деятельностью. Он являлся председателем Саратовского физико-медицинского общества, членом-корреспондентом Микробиологического общества в Санкт-Петербурге, действительным членом Саратовской научной комиссии (Энциклопедия 1999). В 1900-е гг. сферой его научных интересов стала серотерапия инфекционных болезней. В 1912 г. он начал преподавательскую деятельность в качестве приват-доцента (а затем – профессора) на кафедре частной патологии и терапии Императорского Николаевского университета в Саратове, результаты его исследований были опубликованы в российских и немецких научных журналах.

В 1920 г. П.К. Галлер умер во время эпидемии тифа.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Галлер П.К. Оспопрививание в Камышинском уезде за последние 25 лет // Саратовский санитарный обзор. 1891. № 5.
2. Галлер П.К. Эпидемия натуральной оспы в с. Меловатка Камышинского уезда // Саратовский санитарный обзор. 1891. № 3.
3. Государственный архив Волгоградской области (ГАВО). Ф. 294. Оп. 1. Д. 221. О заболеваниях населения, найме приёмных покоев медицинскому персоналу.

4. *Журнал XXXVI очередного Саратовского губернского земского собрания 1901 г. Саратов: Типография губернского земства, 1902. 187 с.*
5. *А.В. Петров, О.С. Киценко, Земская санитарная статистика в конце XIX – начале XX вв. (на материалах Саратовской губернии) // История науки и техники. 2017. № 6. С. 88-99.*
6. *Энциклопедия «Немцы России». Т. 1. М. : Издательство «Общественная Академия наук российских немцев». 1999. 832 с.*

РЕВОЛЮЦИЯ И НЕВРОЛОГИЯ: ЖИЗНЬ И СУДЬБА ПРОФЕССОРА М.С. СКОБЛО

Б.Л. Лихтерман

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет)

М.Н. Козовенко

Государственная Дума Российской Федерации

Аннотация: Статья посвящена жизни и творчеству выдающегося профессора-невропатолога и коммуниста Макса Соломоновича Скобло (1899-1963), директора Института хирургической невропатологии в Ленинграде. Он был дважды репрессирован (осужден в 1937 г. на 10 лет лагерей на Колыме по обвинению в троцкизме, затем сослан на 5 лет в Красноярский край в 1949 г.), а в 1955 г. полностью реабилитирован и в 1956 г. восстановлен в рядах КПСС.

Ключевые слова: История неврологии, история нейрохирургии, М.С. Скобло, ГУЛАГ, политические репрессии, коммунизм.

Abstract: The article is devoted to life and work of Max Skoblo (1899-1963), an outstanding professor of neurology and a devoted communist, who was a director of the Institute for Surgical Neurology in Leningrad. Twice he was purged (in 1937 he was convicted to 10 years of imprisonment at concentration camps in Kolyma, and in 1949 he was sent to exile for 5 years to Siberia). In 1955 he was rehabilitated and restored his membership in the Communist Party in 1956.

Key-words: History of neurology, history of neurosurgery, Max Skoblo, GULAG, political repression, Communism.

Цель статьи - проследить непростой жизненный путь и оценить

творчество Макса Соломоновича Скобло (1899-1963), профессора-невропатолога и коммуниста. Она основана на архивных материалах (его личном домашнем архиве, следственном деле из архива ФСБ, материалах об Институте хирургической невропатологии из ГАРФ), анализе его публикаций и текста докторской диссертации, и беседах с его родственниками.

Меер Залманович (Макс Соломонович) Скобло родился в многодетной семье местечкового торговца. В 1918 г. с золотой медалью окончил витебскую гимназию и поступил в Военно-медицинскую академию (ВМА) в Петрограде. В январе 1919 г. принят в члены ВКП (б). Весной 1919 г. по партмобилизации был направлен на фронт гражданской войны комиссаром 2-го полка Первой стрелковой дивизии 6-й Армии Северного фронта. С конца 1920 по конец 1921 г. был секретарем и членом Президиума Витебского Губисполкома, а затем командирован ВКП (б) в ВМА для продолжения образования. Окончив ее в 1926 г., был оставлен в аспирантуре при кафедре нервных болезней, руководимой М. И. Аствацатуровым. После окончания аспирантуры в 1929 г. — ассистент на этой кафедре. В 1934-1937 гг. — заведующий кафедрой нервных болезней III Ленинградского медицинского института (в дальнейшем — Военно-морская медицинская академия). Одновременно с 1929 по 1937 г. работал в Институте хирургической невропатологии, созданного в 1926 г. А.Г. Молотковым [2]: в 1929-1931 гг. — зам. директора по хозяйству, с 1931 по 1936 гг. — зам. директора по науке, с 26 января 1936 г. (после смерти С.П. Федорова, который формально этот Институт возглавлял) по 1 декабря того же года — директор.

В 1935 г. защитил в этом Институте докторскую диссертацию «Симптоматическая эпилепсия (эпилепсия при хирургических заболеваниях нервной системы — опухоли, абсцессы, травмы)», и в том же году получил звание профессора. Официальными оппонентами были ведущие ленинградские невропатологи — профессора С.Н. Давиденков и И.Я. Раздольский, и зав. кафедрой патофизиологии 3-го Ленинградского медицинского института профессор В.С. Галкин (машинописная копия диссертации находится в Российской национальной библиотеке в С.-Петербурге) [6].

М.С. Скобло сыграл значительную роль в модернизации Института и развертывании в нем научно-исследовательской работы [1]. В должности директора пробыл менее года, поскольку 26 ноября 1936 г. заседание бюро Куйбышевского районного комитета ВКП (б) решило М.С. Скобло «из рядов партии исключить как бывшего в прошлом активного троцкиста, сохранившего до последнего времени связи с участниками троцкистско-зиновьевской контрреволюционной банды».

В апреле 1937 г. М.С. Скобло был арестован НКВД по обвинению в контрреволюционной деятельности, в сентябре того же года — приговорен к тюремному заключению в исправительно-трудовых лагерях (ИТЛ) сроком на 10 лет с конфискацией имущества. Срок заключения отбывал в северо-восточных ИТЛ (Магадан). Согласно имеющимся в архиве М.С. Скобло документам, он провел на Колыме более 8 лет (с 15 января 1938 г. по 1 августа 1946 г.). По рассказам родственников, он был «доходягой» на общих работах, но во время одной из проверок в составе комиссии случайно оказался один из его бывших аспирантов, и, хотя прилюдно он и «не узнал» своего профессора, тем не менее, поспособствовал переводу его истопником в баню. Это спасло ему жизнь. С января 1943 по август 1946 г. Скобло работал в Магаданской краевой больнице в качестве врача-невропатолога, заведующего неврологическим отделением и консультанта-невропатолога и психиатра. Он упомянут в «Колымских рассказах» Варлама Шаламова («Курсы» и «Тифозный карантин») [7]. «В связи с высококвалифицированной врачебной деятельностью» срок тюремного заключения М.С. Скобло был сокращен на 4 (!) месяца. В 1946-1949 гг. Макс Соломонович являлся профессором кафедры нервных болезней Томского медицинского института. В апреле 1949 г. он был повторно арестован, и в октябре того же года сослан на «спецпоселение» в Красноярский край.

В конце 1954 г. М.С. Скобло вернулся в Ленинград, в 1955 г. полностью реабилитирован, в 1956 г. восстановлен в рядах КПСС, однако устроиться на работу ни в один ленинградский НИИ или вуз не смог. До выхода в 1960 г. на пенсию работал консультантом-невропатологом во 2-й психоневрологической больнице Ленинграда, затем в 1-й платной поликлинике.

ВЫВОДЫ

Макс Скобло, юношей-идеалистом вступивший в ряды ВКП (б), несмотря на горький опыт ГУЛАГа, упорно стремился восстановиться в партийных рядах в конце своей жизни. Годы лагерей и ссылки не поколебали его уверенности в правоте утопических идей. Но был ли это наивный романтизм, или же хладнокровный расчет, позволивший сделать головокружительную карьеру — получить в 30 лет должность замдиректора НИИ, в 34 года стать зав. кафедрой нервных болезней, и в 36 лет возглавить Институт хирургической невропатологии? О попытках и пародии на правосудие в годы Большого террора написано множество книг, и случай М.С. Скобло позволяет лишний раз увидеть кафкианские механизмы репрессивного маховика советской системы. Он служит наглядной иллюстрацией разгрома ВМА и преследования ее выпускников и преподавателей в 1930-е гг.

Во-вторых, М.С. Скобло является примером невролога (невропатолога) в нейрохирургии. Вопрос о том, чем является нейрохирургия – хирургической неврологией (невропатологией) или неврологической хирургией – интенсивно дебатировался в советской периодике 1920-х – начала 1930-х гг. [1]. Размышления М.С. Скобло о роли и месте новой дисциплины и его практическая работа в нейрохирургической клинике оказали заметное влияние на ее дальнейшее развитие [4]. Наконец, успехи медицинской генетики позволяют по-новому оценить работы М.С. Скобло о нейродегенерации, развивающие идеи его учителя М.И. Аствацатурова [4, 5], а его диссертация по симптоматической эпилепсии предвосхитила современные подходы к диагностике и лечению этого неврологического заболевания [6].

ЛИТЕРАТУРА:

1. Лихтерман Б.Л. *Нейрохирургия: становление клинической дисциплины.* – М., 2007. – 312 с.
2. Молотков А. Г. *Институт Хирургической Невропатологии // Ленинградский мед. журнал.* – 1927. -№ 8-9. - С. 61-64.
3. Скобло М.С. *Нейрохирургия и проблема кадров // Социалистическое здравоохранение.* – 1931. - № 3. - С. 51-55.
4. Скобло М.С. *Об историческом методе в невропатологии // Ж. невропат. И психиат.* – 1931. - № 5. – С. 24-41.
5. Скобло М.С. *Некоторые клинические данные к вопросу о происхождении человека (к 50-летию смерти Дарвина)// Военно-медицинский журнал.* – 1931. - Т. III. – Вып.3. – С. 181-193.
6. Скобло М.С. *Симптоматическая эпилепсия (Эпилепсия при хирургических заболеваниях нервной системы: опухолях, абсцессах, арахноидитах и травмах): Дис. на соискание учен. степени доктора мед. наук /Ленингр. науч.-исслед. ин-т хирургической невропатологии Ленгорздрава. - Ленинград: Б. и., 1935. - 156 с.*
7. Шаламов В.Т. *Собрание сочинений в четырех томах. Т. 1. - М. : Художественная литература, Вагриус, 1998.*

М.И. ПОЛЕТИКА – ПИОНЕР РОССИЙСКОЙ МЕДИЦИНЫ В МАНЬЧЖУРИИ

П.Э. Ратманов

Дальневосточный государственный медицинский университет

M.I. POLETIKA – A PIONEER OF RUSSIAN MEDI- CINE IN MANCHURIA

P.E. Ratmanov

Far Eastern State Medical University

Аннотация: В статье приводятся сведения о деятельности М.И. Полетики в Маньчжурии в качестве старшего врача строительного управления Китайской Восточной железной дороги в 1898-1903 гг.

Ключевые слова: Китай, Маньчжурия, Харбин, Россия, эпидемии, чума, Китайская Восточная железная дорога, КВЖД.

Abstract: The article is devoted to the activities of senior physician of the construction department of the Chinese Eastern Railway M.I. Poletika in Manchuria in 1898-1903.

Key-words: China, Manchuria, Harbin, Russia, epidemics, plague, Chinese Eastern Railway, CER.

Медицинская династия Полетиков хорошо известна в истории российской медицины. Полетики – выходцы из Западной Украины. Иван Полетика по семейному преданию «жил в Кременецком повете в своем шляхетном имении» – (Кременец сейчас – это Тернопольская область Украины). Самый знаменитый представитель этого рода – Иван Андреевич Полетика (1726-1783), ставший доктором медицины Лейденского университета и профессором Кильского университета (Васильев, 2005, с. 31-35). Данная статья посвящена одному из правнуков профессора – Михаилу Ивановичу Полетике (1854-1905), связавшего свою судьбу с Северо-восточным Китаем.

М.И. Полетика окончил курс медицинских наук и получил звание лекаря в 1882 г. и в дальнейшем посвятил себя изучению внутренних болезней. В 1884 г. он защитил диссертацию на степень доктора медицины «Материалы к вопросу об эластичности артериальных стенок», выполненную на базе анатомического кабинета проф. П.Ф. Лесгафта (Полетика 1884).

В дальнейшем М.И. Полетика служил, занимая разные должности по ведомству Министерства внутренних дел (МВД) (Российский медицинский список 1888: 350; Российский медицинский список

1889: 361). В 1890 г. он работал ординатором в Обуховской больнице в Санкт-Петербурге, в 1891-1896 гг. – старшим врачом Кирилловских богоугодных заведений около г. Киева (Российский медицинский список 1890: 149; Российский медицинский список 1891: 168; Российский медицинский список 1892, с. 178; Российский медицинский список 1893: 192; Российский медицинский список 1894: 198; Российский медицинский список 1895: 202; Российский медицинский список 1896: 213). В 1897 г. М.И. Полетика был вольнопрактикующим врачом в Санкт-Петербурге, оставаясь за штатом МВД (Российский медицинский список 1897: 223).

В конце XIX в. в мире началась третья пандемия чумы. В это же время в медицинской науке окончательно утвердилась микробная теория, в 1894 г. был выделен возбудитель чумы, и новые знания об этой особо опасной болезни стали накапливаться быстрыми темпами. Медицинским департаментом МВД было поручено доктору М.И. Полетике подготовить обзор новейшей научной литературы о чуме. В вышедшей в 1897 г. в «Вестнике общественной гигиены, судебной и практической медицины» статье М.И. Полетика проанализировал как русскоязычные публикации по этой проблеме, но также англоязычные (в первую очередь, о чуме в Индии и Гонконге), немецкие и французские. Он систематизировал актуальные на тот момент сведения об этиологии чумы, клинических проявлениях, лечении, мерах по предотвращению заноса чумы в Европу и Россию. Также он изучил решения международных санитарных конференций и российской санитарное законодательство в области карантинных мероприятий (Полетика 1897).

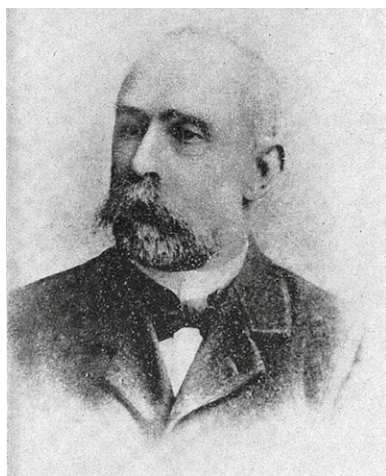
В 1896 г. от китайского правительства было получено разрешение на строительство Китайской Восточной железной дороги (КВЖД) (Аблова 2004: 82). Официально строительство КВЖД началось 16 апреля 1897 г. (даты в статье даются по старому стилю), но еще в начале марта 1897 г. главный инженер КВЖД А.И. Югович предложил М.И. Полетике быть должностным старшего врача строительного управления КВЖД (Полетика 1904а: 3). При выборе руководителей служб и своих помощников инженер А.И. Югович стремился прежде всего привлечь к постройке КВЖД людей, лично ему известных (Нилус 1923: 36-37).

Изыскательские партии вместе с М.И. Полетика прибыли в Маньчжурию в начале лета 1897 г. через Владивосток морским путем, и уже оттуда отправились на изыскания. В китайском городе Гирин строителями КВЖД была устроена небольшая больница на 15 коек. Во время посещения этой партии старший врач М.И. Полетика диагно-

стировал у высокого гиринского чиновника сердечную недостаточность и назначил ему препараты наперстянки. Чиновник вскоре поправился, и этот случай позволил завоевать доверие китайцев к русской медицине (Полетика 1904а: 7; Ратманов 2008а).

Первой большой эпидемией, с которой столкнулся руководитель врачебно-санитарной службы строительного управления КВЖД, стала чумная эпидемия, вспыхнувшая летом 1899 г. на юге Маньчжурии, в китайском городе Инкоу – в пункте, из которого велись интенсивные работы по укладке пути Южной ветви дороги. Для предотвращения распространения эпидемии М.И. Полетика разработал систему лечебно-изоляционных и врачебно-наблюдательных пунктов на 10 коек каждый. В отношении размещения этих пунктов вся линия КВЖД разделялась на три пояса. Об этих мероприятиях он лично докладывал на съезде врачей в Хабаровске (Протоколы заседаний съезда врачей 1899). К концу октября 1899 г. эпидемия чумы в Инкоу пошла на убыль, а прекратилась эпидемия чумы в Инкоу в середине ноября (Полетика 1904с; Ратманов 2009).

После эпидемии чумы в Инкоу 1899 г. следующей большой эпидемией на КВЖД стала эпидемия холеры 1902 г., занесенная в полосу отчуждения также через Инкоу. Эта холерная эпидемия носила очень жесткий характер, как по количеству заболеваний, так и по проценту смертности (среди русского населения более 50 %, а среди китайцев – более 60 %). По свидетельству старшего врача строительного управления КВЖД М.И. Полетики в 1902 г. дорога оказалась совершенно неподготовленной к эпидемии холеры (Полетика 1904b; Ратманов 2008b).



Доктор М.И. Полетика – старший врач строительного управления КВЖД (Нилус 1923)

Доктор М.И. Полетика является автором важнейших источников о медицинском обеспечении строительства КВЖД (Полетика 1904а). В медицинском отчете по постройке КВЖД приводятся сведения участника событий об организации первых лечебных учреждений КВЖД во Владивостоке и Имане, основании Харбина и создании первой больницы в городе, а также на других станциях дороги, инфекционной заболеваемости, объемах оказанной амбулаторной и стационарной медицинской помощи и др. Особый интерес представляют сведения о медицинском обеспечении обороны Харбина во время боксерского восстания.

В период своей деятельности в Маньчжурии М.И. Полетика не ограничивался только медицинским обеспечением строительства КВЖД. Он интересовался состоянием медицинского дела в Китае, традиционными представлениями китайцев о причинах болезней, народными методами лечения и бытом простых китайцев (Полетика 1904а: 27-32). Вместе с тем, он скептически относился к традиционной китайской медицине, и одной из своих задач видел распространение европейской медицины среди китайцев.

Бережное отношение к духовной культуре и традициям китайцев было установлено с самых первых дней постройки дороги. Но несмотря на это, недоверие местного населения к русским строителям железной дороги преодолевалось очень медленно. Например, в 1900 г. в Маньчжурии получил распространение слух, что «паровозы не могут двигаться, не будучи смазаны салом покойников, которое добывается русскими из трупов китайцев, умерших в железнодорожной больнице» (Нилус 1923: 184). Для прекращения возникших толков приказом главного инженера от 14 июня 1900 г. было воспрещено погребение китайских рабочих в полосе отчуждения КВЖД и вскрытие трупов умерших, а для устранения возможных недоразумений и нелепых нареканий – предписывалось трупы китайцев передавать для погребения китайским властям.

В другой раз на свалку около Харбина был привезен мусор, в котором случайно оказались какие-то кости. Неожиданно распространились слухи, что русскими убит китаец, и местное население не уступало уверениям М.И. Полетики, который доказывал, что это кости медведя. Для мирного разрешения вопроса доктор М.И. Полетика распорядился убить медведя и, отпрепарировав его на глазах китайцев, сравнил кости с найденными в мусоре. Конфликт был исчерпан (Нилус 1923: 184).

Перу М.И. Полетики принадлежат еще две книги о КВЖД – приложения к «Общему медицинскому отчету по постройке КВЖД»:

«Чума в Инкоу и его окрестностях» об эпидемии 1899 г. и «Холера 1902 г. на линии отчуждения КВЖД» о событиях, приостановивших на месяц постройку дороги (Полетика 1904b, 1904c). В этих трудах приводятся сведения о ходе эпидемий, развертывании противоэпидемических мероприятий, числе заболевших и умерших, выводы и предложения.

На июль 1903 г. было запланировано окончание строительства КВЖД и сдача дороги в эксплуатацию. Еще в начале 1903 г. М.И. Полетика рассматривался на должность старшего врача дороги, но отказался. В итоге, на эту должность был назначен доктор Ф.А. Ясенский (РГИА. Ф.323, оп.1, д.512, л.24). С началом Русско-японской войны он опять попал в Маньчжурию в качестве врача Российского общества Красного Креста. Доктор М.И. Полетика скоропостижно скончался в Мукдене (сейчас – Шеньян, Китай) в феврале 1905 г., будучи главным врачом 2-го лазарета Общины св. Георгия (Некрологи 1905).

Русские врачи не были первыми представителями европейской медицины в Маньчжурии. В конце XIX в. еще до начала строительства КВЖД в Северо-Восточном Китае появились английские и французские врачи (Christie 1914). Европейские больницы в Маньчжурии устраивали, как правило, христианские миссионеры. Большая часть этих учреждений создавалась в южной части в Маньчжурии. Поэтому доктора М.И. Полетику и других врачей строительного управления КВЖД можно по праву назвать пионерами европейской медицины в Северной Маньчжурии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. *Аблова Н.Е. КВЖД и Российская эмиграция в Китае. Международные и политические аспекты истории (первая половина XX века). М.: Русская панорама, 2004. 432 с.*
2. *Васильев К.К. История медицины Сумщины: Очерки. Одесса: Оптимум, 2005. 277 с.*
3. *Некрологи // Военно-медицинский журнал. 1905. № 4. С. 885–886.*
4. *Нилус Е.Х. Исторический обзор Китайской Восточной железной дороги. 1896-1923 гг. Харбин: Типографии КВЖД и Т-ва «Озо», 1923. XIX, 690 с.*
5. *Полетика М.И. Материалы к вопросу об эластичности артериальных стенок // 1884.*
6. *Полетика М.И. О чуме // Вестник общественной гигиены судебной и практической медицины. 1897. № 2. С. 71–97.*

7. *Полетика М.И. Общій медицинский отчет по постройке КВЖД. СПб.: Тип. «Слово», 1904а. 119 с.*
8. *Полетика М.И. Чума в Инкоу и его окрестностях. Приложение к общему медицинскому отчету по постройке Китайской Восточной железной дороги. СПб.: Тип. «Слово», 1904b. 50 с.*
9. *Полетика М.И. Холера 1902 г. на линии отчуждения КВЖД. Приложение к общему медицинскому отчету по постройке Китайской Восточной железной дороги. СПб.: Тип. «Слово», 1904с. 114 с.*
10. *Протоколы заседаний съезда врачей в г. Хабаровске 6-13 сентября 1899 г. [Хабаровск], 1899. 103 с.*
11. *Ратманов П.Э. Медицинское обеспечение строителей Китайской Восточной железной дороги // Проблемы социальной гигиены здравоохранения и истории медицины. 2008а. № 6. С. 53–56.*
12. *Ратманов П.Э. Эпидемия холеры в Маньчжурии в 1902 г. // Дальневосточный журнал инфекционной патологии. 2008b. № 12. С. 156–159.*
13. *Ратманов П.Э. Из истории борьбы русских врачей с эпидемией чумы в Маньчжурии в 1899 г // Дальневосточный журнал инфекционной патологии. 2009. № 14. С. 146–149.*
14. *Российский государственный исторический архив (РГИА). Ф. 323, оп. 1, д. 512, л. 24. О приглашении врачей Ясенского, Груздева и Хмара-Борцевского.*
15. *Российский медицинский список изд. Медицинским департаментом Министерства внутренних дел на 1888 г. СПб.: Тип. МВД, 1888. XLVIII, 876 с.*
16. *Российский медицинский список изд. Медицинским департаментом Министерства внутренних дел на 1889 г. СПб.: Тип. МВД, 1889. XLVIII, 967 с.*
17. *Российский медицинский список изд. Медицинским департаментом Министерства внутренних дел на 1890 г. СПб.: Тип. МВД, 1890. XVI, 295, 28, 36, 135 с.*
18. *Российский медицинский список изд. Медицинским департаментом Министерства внутренних дел на 1891 г. СПб.: Тип. МВД, 1891. XVII, 272, 36, 145 с.*
19. *Российский медицинский список изд. Медицинским департаментом Министерства внутренних дел на 1892 г. СПб.: Тип. МВД, 1892. XVII, 288, 203, 42 с.*

20. *Российский медицинский список изд. Медицинским департаментом Министерства внутренних дел на 1893 г. СПб.: Тип. МВД, 1893. XVII, 310, 209, 32 с.*
21. *Российский медицинский список изд. Медицинским департаментом Министерства внутренних дел на 1894 г. СПб.: Тип. МВД, 1894. XVII, 361, 183, 11 с.*
22. *Российский медицинский список изд. Медицинским департаментом Министерства внутренних дел на 1895 г. СПб.: Тип. МВД, 1895. XVIII, 373, 180 с.*
23. *Российский медицинский список изд. Медицинским департаментом Министерства внутренних дел на 1896 г. СПб.: Тип. МВД, 1896. XVIII, 394, 184 с.*
24. *Российский медицинский список изд. Медицинским департаментом Министерства внутренних дел на 1897 г. СПб.: Тип. МВД, 1897. XVIII, 414, 191 с.*
25. *Christie D. Thirty years in Moukden, 1883-1913: being the experiences and recollections of Dugald Christie. London: Constable and Co., 1914. xiv, 303 с.*

НИКОЛАЙ ИВАНОВИЧ ГОРИЗОНТОВ. БИОГРАФИЧЕСКИЙ ОЧЕРК

*А.В. Шаклеин, Е.В. Быстрова, А.Н. Дробинская
ГБУЗ НСО «Городская клиническая больница №1»*

NIKOLAI HORIZONTOV. BIOGRAPHICAL SKETCH

*A.V. Shaklein, E.V. Bystrova, A.N. Drobinskaya
State budgetary institution of health care of the Novosibirsk region
«City clinical hospital №1»*

Аннотация: Статья посвящена научно-врачебной деятельности профессора кафедры акушерства и гинекологии и заведующего акушерско-гинекологической службы окружной больницы г. Новосибирска в период с 1936-1949 г. Н.И. Горизонтова.

Ключевые слова: Горизонтов Н.И., профессор, акушерство и гинекология, биография, научная деятельность.

Abstract: The article is devoted to scientific-medical activity of Professor of obstetrics and gynecology and the head of the obstetric and gynecological service of the Novosibirsk hospital N.I. Gorizontova.

Key-words: Gorizontov N.I., professor, obstetrics and gynecology, biography, scientific activity.

Николай Иванович Горизонтов родился в Казани 11 мая 1879 года в семье потомственных священнослужителей. Н.И. Горизонтов окончил Казанское духовное училище и семинарию. В 1899 г. поступил на медицинский факультет Дерптского университета (затем Юрьев, ныне Тарту, Эстония). После 4-го курса перешел на медицинский факультет Казанского университета, который окончил с отличием, получив степень лекаря с отличием.

После окончания университета работал в акушерско-гинекологической клинике Казанского университета в качестве клинического ординатора, а затем лаборанта. Тогда же Н.И. Горизонтов начал работать над диссертацией. В 1909 году защитил докторскую диссертацию на тему «Материалы к учению о вторичной бугорчатке женских половых органов».

В 1909 году Н.И. Горизонтов переехал в Саратов и стал заведовать городской гинекологической лечебницей, по совместительству работая сверхштатным прозектором на кафедре физиологии Саратовского университета.

В 1914 году Н.И. Горизонтов командировался с научной целью в Германию, но из-за начавшейся Первой мировой войны был вынужден прервать свои исследования, вернуться в Россию и продолжить работу в Казанском университете. В Германии Н.И. Горизонтов познакомился с гинекологической рентгенотерапией и радиотерапией, вернувшись в Россию начал применять данные методики.

С 1917 года Н.И. Горизонтов возглавил кафедру акушерства и гинекологии в Томском университете. Руководил кафедрой он до 1932 года. За это время на базе кафедры было создано научно-студенческого общества, которым сделаны десятки докладов и проведены клинические разборы больных. Н.И. Горизонтов был действительным членом Общества естествоиспытателей и врачей при Томском университете и выступал на медицинской секции с докладами «Классическое кесарево сечение по данным акушерско-гинекологической клиники за последние 5 лет» (1923), «Об осложнениях беременности опухолями яичников» (совместно с Б.С. Пойзнером, 1925).

В 1932 году возглавил кафедру акушерства и гинекологии в Новосибирском институте усовершенствования врачей, на базе которого осенью 1935 года был создан Новосибирский государственный медицинский институт. В 1936 году был открыт акушерский корпус

окружной больницы (ныне родильный дом городской клинической больницы № 1), в котором было развернуто 30 гинекологических и 30 акушерских коек. Акушерско-гинекологическую клинику возглавил Н.И. Горизонтов, одновременно являясь и заведующим кафедрой. В 1937 году в больнице было развернуто уже 80 гинекологических и 30 акушерских коек. Много внимания уделялось обезболиванию родов, лечению осложнений беременности, изучению и профилактике смертности среди новорожденных, разрабатывались разделы пластической хирургии при посттравматических и врожденных дефектах половых органов. Изучались вопросы бальнеолечения при гинекологических заболеваниях, туберкулез половых органов, опухолевые заболевания. Разрабатывались методики анализа причин перинатальной детской смертности, методы профилактики и лечения маточных послеродовых кровотечений, тактика ведения родов у женщин с пороками сердца, осложнениями беременности, сахарным диабетом, перенесенной беременностью. Внедрены методы диагностики и лечения внутриутробной асфиксии плода. С 1936 года Горизонтов Н.И. стал руководителем краевого кабинета охраны материнства и уполномоченным Наркомата здравоохранения РСФСР по распространению и внедрению обезболивания родов в Западно-Сибирском крае.

Новосибирская акушерско-гинекологическая школа, организованная на базе родильного дома ГКБ №1 профессором Н.И. Горизонтовым, отличалась своим основательным подходом к вопросам асептики и антисептики, бережным отношением к больным. Это обеспечивало хорошие результаты лечения и, с другой стороны, сформировало высокий авторитет клиники за пределами Новосибирска. Довольно часто на консультации и операции приезжали больные из разных регионов Сибири, в частности из Кузбасса.

В годы Великой Отечественной войны Н.И. Горизонтов был консультантом ряда эвакуированных госпиталей в г. Новосибирске и выезжал в другие города региона для консультации больных и оказания помощи при оперативных вмешательствах.

Николай Иванович Горизонтов умер 29 апреля 1949 года в Новосибирске, незадолго до своего 70-летнего юбилея.

Н.И. Горизонтовым написано более 95-ти научных работ, в том числе 4 монографии, а также ряд статей в Большой медицинской энциклопедии: статья «Кольпотомия» (1929) и «Туберкулез фаллопиевых труб» (1935). Николай Иванович участвовал в качестве соавтора первого русского капитального труда «Руководство по женским болезням», изданного в Москве под редакцией Л.А. Крив-

ского, написав для него раздел о заболеваниях наружных половых органов женщины. Он был соавтором и редактором конспекта «Терапевтический справочник по акушерству и гинекологии» для медицинских вузов, пользовавшийся в те годы большой популярностью у студентов.

Николай Иванович Горизонтов был награжден орденом Трудового Красного Знамени (1944), медалью «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.» (1946), отмечен Почетной грамотой Новосибирского городского Совета (1932), Краевого отдела Союза Медсантруд (1934), Новосибирского облисполкома (1939, 1940). Ему было присвоено звание «Заслуженный деятель науки РСФСР», «Почетный профессор НГМУ».

ЛИТЕРАТУРА

1. *30 лет научно-врачебной деятельности профессора Н.И. Горизонтова // Сборник, посвященный 30-летию научно-врачебной деятельности Н.И. Горизонтова. / Отв. редактор И.Х. Лифшиц, отв. секретарь А.К. Шарнин. Западно-Сибирское краевое издательство, Новосибирск. 1935. 226 с.*
2. *Горизонтов Николай Иванович // Википедия, свободная энциклопедия // http://ru.wikipedia.org/wiki/Горизонтов,_Николай_Иванович*
3. *Горизонтов Н.И. Казанская акушерско-гинекологическая клиника в её прошлом и настоящем // Н.И. Горизонтов и соавт. Сборник, посвященный 25-летию деятельности профессора В.С. Груздева. Петроград, 1917-1923. С. 9-68.*
4. *Евтушенко И.Д., Радионченко А.А., Харитонова Е.М. // Сборник кафедры акушерства и гинекологии Сибирского государственного медицинского университета, посвященный 145-летию со дня рождения И.Н. Грамматикати (1858-1917) // <http://www.ssmu.ru/bull/03/4/1653.pdf> и Бюллетень сибирской медицины. 2003. № 4.*
5. *Ефремов А.В. Ученые Новосибирского медицинского института в XX веке // А.В. Ефремов, В.Д. Новиков, А.Н. Евстропов. – Новосибирск. – 2001. – С.79.*
6. *Материалы архива НГМУ // Личное дело Н.И. Горизонтова. С. 253-254.*
7. *Ольшанский Г.С. Ведущие ученые – профессора новосибирского периода деятельности института усовершенствования врачей // Г.С. Ольшанский. Новокузнецк. 2007. 46 с.*

8. Ольшанский Г.С. Новосибирский период деятельности института усовершенствования врачей (1931-1951) // Г.С. Ольшанский. Новокузнецк. 2007. 119 с.
9. Сибирский государственный медицинский университет. Кафедра акушерства и гинекологии. Официальный сайт // http://www.ssmu.ru/office/f1/gineck/all_history.shtml
10. Юбилейный сборник, посвященный профессору Н.И. Горизонтову и 35-летию его научной деятельности (1904-1939) // Отв. редактор А.А. Боголепов, отв. секретарь А.К. Шарнин. Новосибирск. 1939. 216 с.

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ И НАУЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

ВКЛАД ДИРЕКТОРОВ-НОВАТОРОВ В СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ НАУЧНО- ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ИНСТИТУТА МЕДИЦИНЫ ТРУДА (ОТ ИНСТИТУТА ИМ. В.А. ОБУХА ДО НИИ МЕДИЦИНЫ ТРУДА ИМЕНИ АКАДЕМИКА Н.Ф. ИЗМЕРОВА)

И.В. Бухтияров, Е.Е. Шиган, В.Н. Сергеев
Научно-исследовательский институт медицины труда
имени академика Н.Ф. Измерова

CONTRIBUTION OF DIRECTOR-INNOVATORS IN THE FORMATION AND DEVELOPMENT OF IZMEROV RESEARCH INSTITUTE OF OCCUPATIONAL HEALTH (FROM THE INSTITUTE NAMED AFTER V.A. OBUKH TO THE RION NAMED AFTER THE ACADEMICIAN N.F. IZMEROV)

I.V. Bukhtiyarov, E.E. Shigan, V.N. Sergeev
Izmerov Research Institute of Occupational Health

Аннотация: Статья посвящена вкладу Л.С. Боголеповой, А.А. Летавета и Н.Ф. Измерова в становление и развитие НИИ МТ.

Авторы на примере биографий трёх директоров показывают основные этапы развития Института.

Ключевые слова: История медицины, гигиена труда, медицина труда, профессиональные заболевания, социальная гигиена, революция.

Abstract: The article is devoted to the contribution of L.S. Bogolepova, A.A. Letavet and N.F. Izmerov in the formation and development of the RION. The authors on the example of the biographies of three directors show the main stages of the development of the Institute.

Key-words: History of medicine, occupational health, occupational hygiene, occupational diseases, social hygiene, revolution.

Революционные события 1917 года и последующая Гражданская война оказали огромное влияние на все сферы жизни. Медицина не стала исключением. В Программе РКП(б), принятой в 1919 г., под вопросы здравоохранения и социальной защиты были выделены два тематических раздела – «охрана труда и социальное обеспечение» и «охрана народного здоровья». Если в отношении охраны труда большевики заявляли о готовности на практике «осуществить полностью программу-минимум социалистических партий» и идти дальше, то требования «в области охраны народного здоровья» были направлены на «предупреждение развития заболеваний».

Заявленный переход от лечения болезней к их профилактике имел как политическое воплощение, так и научное. В советской медицинской науке в это время проходила смена парадигм. На первое место вышла социальная гигиена, как изучение влияния социальной среды (в широкой трактовке) на здоровье человека («от борьбы с эпидемиями к оздоровлению труда и быта»). Основной движущей силой этой медицинской революции были врачи левых взглядов. Самые известные из них – Н.А. Семашко, В.А. Обух и др. — были членами фракции (партии) большевиков ещё в дореволюционный период. К членам РКП(б) с дореволюционным стажем необходимо добавить множество докторов, вступивших в компартию во время Революции 1917 г. и Гражданской войны (С.И. Каплун, Л.С. Боголепова и др.), а также беспартийных сторонников (В.А. Левицкий, А.А. Летавет и др.) и членов других российских социалистических партий (М.Я. Лукомский, Н.А. Вигдорчик и др.). Институциональным проявлением данного подхода стало создание Народного комиссариата здравоохранения РСФСР и развитие сети лечебных и исследовательских организаций.

Введение НЭПа привело к экономическому оживлению во многих отраслях народного хозяйства Советской России. Возвращение элементов рыночной экономики повлекло за собой возрождение широ-

кого спектра производств и ремёсел. Восстановление народного хозяйства привело к возвращению старых проблем – профессиональных заболеваний и отравлений вредными веществами. Для реализации программы РКП(б) по созданию новой медицины с 1922 г. в Москве началась диспансеризация по территориально-производственному принципу. Массовая диспансеризация была частью большой кампании по «оздоровлению труда и революции быта», инициатором которой на региональном уровне был руководитель Мосздравотдела В.А. Обух.

Проведение широкой диспансеризации пролетарских слоёв столицы продемонстрировало необходимость создания особого координационного научного центра, который смог бы увязать воедино влияние всех факторов на здоровье рабочих. Необходимо добавить, что в 1922 г. широко праздновался пятилетний юбилей Великого Октября. Пятилетие советской власти стало хорошим поводом для демонстрации различий социалистической системы здравоохранения и буржуазной. «20 июня 1923 г. состоялось открытие Института [профессиональных болезней Мосздравотдела], которое бурными аплодисментами приветствовалось рабочей и врачебной общественностью» (Боголепова 1994: 10). В том же году новый институт получил имя своего покровителя и идейного вдохновителя – Владимира Александровича Обуха (Рисунок 1). «Институт открыли на базе бывшей Евангелической больницы – одной из хорошо оборудованных больниц Москвы» (Каспаров, Корбакова 1998: 20).



Рисунок 1. Здания Института в 1923 году (слева) и с 1957 года (справа).

Трансформация больницы в исследовательский институт с клинической и санитарной частью проходила под руководством Владимира Дмитриевича Коноплянкина. Однако из-за тяжёлой болезни он не смог закончить этот процесс и в 1925 г. ушёл в отставку. Вторым по счёту директором Института им. Обуха и реальным его создателем стала Людмила Сергеевна Боголепова (1889-1979).

Людмила Сергеевна Боголепова имела характерную револю-

ционную биографию. Она родилась в 1889 г. в Москве. В Российской империи женщинам был практически закрыт доступ к получению высшего образования, а, следовательно, и к возможности зарабатывать умственным трудом. Наиболее массовыми сферами деятельности, где допускался женский умственный труд – была педагогическая и врачебная деятельность. Выбор Л.С. Боголеповой пал на лечебное дело. В 1913 г. она окончила медицинский факультет Высших женских курсов в Москве (Хухрина 1994: 59). В том же году Боголепова начала работать в 1-й Градской больнице, где она лечила население рабочих окраин. Помимо знакомства с проблемами московского пролетариата, работа в данной больнице привела её к знакомству с В.А. Обухом, который работал там врачом-терапевтом. Именно благодаря влиянию Владимира Александровича произошёл приход Боголеповой к марксистским идеям (Рисунок 2).



Рисунок 2. Людмила Сергеевна Боголепова (1889-1979)

В ряды большевиков Людмила Сергеевна вступила в феврале 1917 г., совмещая врачебную и революционную деятельность. В период подготовки и проведения Октябрьской революции Боголепова принимала участие в деятельности Хамовнического военно-революционного комитета и совместно с З.П. Соловьёвым организовывала работу санитарных отрядов. Уже после Октября Людмила Сергеевна сама возглавила отдел здравоохранения Хамовнического районного Совета. С 1921 г. она была членом Коллегии Мосздравотдела и участвовала в подготовке и проведении диспансеризации с учётом условий труда и быта.

Собственная лечебная практика и опыт работы по организации здравоохранения на местном уровне убедили Л.С. Боголепову в необходимости создании профильного института, который в своей деятельности соединил бы науку, клиническую практику и просветительскую работу. Как член Коллегии Мосздравотдела она приняла активное участие в создании Института профессиональных болезней. С самого создания Института Людмила Сергеевна работала в нём в качестве научного сотрудника и члена Учёного совета.

Институт им. Обуха в 1920-е гг. соединял в себе три части. Во-первых, это клиническая часть. Институт, как было сказано выше, формировался на базе бывшей Евангелической больницы и на протяжении всей своей истории имел развитую специализированную клинику, поликлинику и врачебную периферию. Во-вторых, санитарная (гигиеническая) часть, которая обобщала полученный материал

и производила научные изыскания. В-третьих, это просветительская работа. Немаловажным было создание в первые месяцы работы института Научного музея, где на регулярной основе проводились лекции и занятия с рабочей молодёжью, студентами и врачами клинического и гигиенического профилей.

Также с 1923 г. Институт им. Обуха на регулярной основе выпускал периодическое издание под общим названием «Оздоровление труда и революция быта». Данный альманах на своих страницах публиковал научные статьи по проблемам профессиональных заболеваний, просветительские и программные тексты. Например, в первом номере были опубликованы статьи В.А. Обуха «От борьбы с эпидемиями к оздоровлению труда» и Л.С. Боголеповой «От амбулаторного объединения к Институту профессиональной заболеваемости». Кроме этого, «внутри института регулярно работала комиссия оздоровления труда и быта, обсуждая планы и итоги работ» (Боголепова 1994: 10).

Рубеж 1920-1930-х гг. стал переломным моментом в истории всего Советского Союза, в целом, и московского Института по изучению профессиональных болезней, в частности. «Большой скачок» и начавшаяся «социалистическая реконструкция народного хозяйства» в СССР привели к нескольким волнам реформирования системы здравоохранения, а также науки и образования. Директор Л.С. Боголепова пыталась адаптировать Институт им. Обуха к смене политических приоритетов и идти в ногу со временем. В частности, произошёл переход от «обслуживания» кустарей и ремесленных производств к изучению труда рабочих на крупных промышленных предприятиях московского региона («Серп и Молот», «Красный Богатырь», «Манометр» и др.).

На дальнейшую судьбу Института им. Обуха и его директора Л.С. Боголеповой оказали влияние два крупных события. Во-первых, реорганизация всей научно-исследовательской деятельности в СССР во второй половине 1920-х гг. (Тасиц 2012), которая изменила систему институтов по гигиене труда. Для централизации и обобщения всех исследований по профессиональным болезням в 1928 г. был создан центральный Институт гигиены труда и промышленной санитарии Наркомздрава РСФСР под руководством В.А. Левицкого. Чтобы не допускать параллелизма в работе и разграничить сферы деятельности двух НИИ, Институт им. Обуха начал специализироваться на обслуживании Москвы и московского региона и участвовать в диспансеризации. Фактически Институт им. Обуха стал одним из региональных НИИ, который специализировался на конкретном регионе и предприятиях.

Во-вторых, со стороны центральных властей острой политиче-

ской критике была подвергнута деятельность В.А. Обуха и Мосздравотдела по диспансеризации всего населения города. Остатки этой борьбы позже нашли своё отражение на страницах первого издания «Большой медицинской энциклопедии». Главное, в чём обвинялся Владимир Александрович – «пропаганда» ламаркизма и идей «механиста Лесгафта». Из этого вытекало обвинение в неправильном толковании «социалистической формы здравоохранения» и опору на «внеклассовых» бывших земских врачей (например, Яков Юрьевич Кац, который входил в Учёный совет московского Института профессиональных болезней).

Владимиру Александровичу также инкриминировали, что он направил по ложному пути Общество «Ленинизм в медицине», активным членом которого была и Л.С. Боголепова. Противники В.А. Обуха взамен территориального принципа диспансеризации предлагали делать ставку на производственный (профессиональный) принцип, что нашло отражение в развитии системы ведомственного здравоохранения.

Итогом волны критики стала отставка В.А. Обуха с поста руководителя Мосздравотдела в 1929 г., а в 1931 г. с поста директора Института им. Обуха ушла Л.С. Боголепова. Свой трудовой путь она продолжила в Центральном институте усовершенствования врачей, а в послевоенный период в Центральном научно-исследовательском институте санитарного просвещения Минздрава СССР.

Несмотря на уход столь значимого директора как Л.С. Боголепова и конец политической карьеры В.А. Обуха московский Институт по изучению профессиональных болезней продолжал свою активную научную и клиническую деятельность. Подтверждением заслуг Института им. В.А. Обуха стал сам факт его сохранения, несмотря на все реформы в сфере науки и охраны труда, которые активно проводились в 1930-е гг. в Советском Союзе.

Новый этап для всего советского здравоохранения начинается в 1944 г., когда была создана Академия медицинских наук СССР. Создание новой институции привело к трансформации всей структуры научных организаций системы здравоохранения. До создания АМН СССР большинство медицинских научно-исследовательских учреждений относилось к разряду «отраслевой науки», что задавало ориентацию на прикладной характер исследований. Разделение же медицинских НИИ между Академией и Наркоматом (министерством) позволило выделить часть сил на теоретические исследования.

С 1945 г. московский НИИ гигиены труда и профзаболеваний стал

основой Отделения гигиены, эпидемиологии и микробиологии АМН СССР. Академический статус Института отражал его ведущую роль в исследовании профессиональных болезней и развитии знаний по гигиене труда. Однако в ситуации окончания Великой Отечественной войны и послевоенного восстановления процесс создания подлинно академического НИИ растянулся на несколько лет. Эта трансформация проходила под руководством Августа Андреевича Летавета (1893-1984), который был директором Института более 20 лет - с 1948 по 1971 гг.

По демографическим показателям Л.С. Боголепова и А.А. Летавет были представителями одного поколения, Август Андреевич был на четыре года младше (1893 г.р.), а в политическом плане - разных. В дореволюционный период А.А. Летавет участвовал только в забастовке студентов Императорской Военно-медицинской академии (1913 г.). За период Великой российской революции и Гражданской войны молодой выпускник медицинского факультета Московского университета побывал военным врачом на фронтах Первой мировой войны, участковым врачом и заведующим отделом здравоохранения Львовского уезда Курской губернии, пока не стал санитарным инспектором в Московском губернском отделе охраны труда (1919-1923 гг.).



Рисунок 3. Август Андреевич Летавет (1893-1984).

Будучи руководителем санитарной инспекции Мосгубохрантруда (1923-1925 гг.) А.А. Летавет начал заниматься научной и научно-педагогической деятельностью. Август Андреевич с самого первого номера входил в редакцию журнала «Гигиена труда», где был редактором отдела «Рефераты и хроника» и совместно с Меером Яковлевичем Лукомским редактировал отдел «Промышленная санитария». Научные публикации Летавета того времени посвящены оздоровлению условий труда газового и кожевенного производств, сибирской язве и сапу среди грузчиков, вопросам микроклимата в производственных помещениях. Последнему

направлению исследований Летавет посвятил в дальнейшем многие годы своей научной деятельности (Рисунок 3).

Научно-педагогическая карьера А.А. Летавета началась на кафедре социальной гигиены медицинского факультета 1-го МГУ. В дальнейшем он работал на кафедре гигиены труда медицинского факультета 2-го МГУ (впоследствии 2-й ММИ). Четверть века Август

Андреевич возглавлял кафедру промышленной гигиены Центрального института усовершенствования врачей (1931-1955 гг.).

Непосредственно научная карьера А.А. Летавета началась в 1925 г., когда он перешёл на работу в Государственный институт охраны труда. В 1927-1928 гг. он принял участие в создании Института гигиены труда и промышленной санитарии Наркомздрава РСФСР, где возглавил гигиенический сектор. После объединения Института им. Обуха и Института гигиены труда и промсанитарии в один Всесоюзный институт гигиены труда и профессиональных болезней им. Обуха (1935 г.), Август Андреевич возглавляет в нём метеорологическую лабораторию (лаборатория промышленного микроклимата). Летавет серьёзно занялся вопросами лучистой энергии. В работах учёного было продемонстрировано значение радиационного компонента в тепловом обмене человека и окружающей среды. Эти идеи в дальнейшем легли в основу научных обоснований многих профилактических мер воздействия изменений производственных метеорологических факторов, неблагоприятно влияющих на организм. Летавет был основателем одного из основных разделов гигиены труда – радиационной гигиены труда. Августом Андреевичем совместно с Левицким была написана одна из первых в мире монографий по изучению промышленной гигиены в условиях радиоактивного производства – «Гигиена труда в производстве радия» (1935 год) (Бухтияров и др. 2018: 2).

В 1945 г. доктор медицинских наук, профессор А.А. Летавет был избран членом-корреспондентом Академии медицинских наук СССР. С 1947 года он входил в состав Бюро отделения гигиены, эпидемиологии и микробиологии АМН СССР. Забегая вперёд, необходимо отметить, что Август Андреевич в 1950 г. был избран академиком (действительным членом) АМН СССР, а с 1957 г. по 1960 г. был академиком-секретарём Отделения гигиены, микробиологии и эпидемиологии АМН СССР.

Академический статус НИИ ГТиПЗ АМН СССР возлагал на всех сотрудников института, и на директора в особенности, ожидания передовых исследований и покорении новых, ещё ранее непокорённых вершин. Ещё будучи руководителем биофизического отдела Института, А.А. Летавет в своём докладе на XII Всесоюзном съезде гигиенистов, эпидемиологов, микробиологов и инфекционистов сформулировал «дорожную карту» развития гигиены труда в условиях широкого применения «лучистой энергии» в различных отраслях народного хозяйства.

Как отмечалось в статье к 125-летию Августа Андреевича Летавета в журнале «Медицина труда и промышленная экология»: «Решением

именно этих задач в течение многих послевоенных лет занималось несколько лабораторий Института. Были проведены исследования по предотвращению и средствам защиты от воздействия ионизирующей радиации на рабочем месте, условий труда работников с радиоактивными веществами, механизмов действия излучений, развития и клинических аспектов некоторых лучевых заболеваний, и самое главное, приняты санитарные нормы и правила при работе с источниками ионизирующих излучений. Важным результатом этих исследований и разработок стало обеспечение безопасности здоровья работающих. «Задействованных в разной степени на данных производствах» (Бухтияров и др. 2018: 2).

Преемник Летавета на посту директора Института академик Н.Ф. Измеров отмечал, «что под руководством Августа Андреевича получило развитие новое научное направление в гигиене труда, связанное с широким использованием электромагнитных полей радиочастот различных диапазонов. Исследования начались с организации в 1952 году небольшой лаборатории, которая вскоре сформировалась в хорошо оснащённый научный центр, в котором успешно проводились гигиенические, физиологические, клинические и экспериментальные исследования по проблеме биологического действия электромагнитных волн радиочастот различных диапазонов и разработке гигиенических нормативов и мер защиты» (Измеров, Воронцова 1993: 2).

Важным действием по приданию Институту академического характера стала создание в 1957 г. профильного научного журнала «Гигиена труда и профессиональные заболевания». Данное периодическое издание задавало высокий уровень исследований для всех научных учреждений, которые работали в сфере гигиены труда.

За годы руководства Августа Андреевича Летавета Институт гигиены труда и профзаболеваний АМН СССР расширился как в научном, так и в пространственном отношении. В 1957 году дирекция и все экспериментальные лаборатории гигиенического и радиологического профиля переехали в дом № 31 по Мееровскому проезду (в настоящее время Проспект Будённого). Через три года закончилось расширение гигиенического корпуса. Август Андреевич приложил множество сил для строительства новой, современной клинки института, которая была введена в эксплуатацию в 1972 году.

Если два описанных выше автора осуществляли «революцию» с самого начала своего пребывания во главе Института, то третий директор начал проводить в жизнь преобразования только после 20 лет работы в этой должности. Дальше пойдёт речь о **Николае**

Федотовиче Измерове (1927-2016), который возглавлял Институт более 40 лет — с 1971 по 2012 гг., а после был его научным руководителем (Рисунок 4).

В отличие от предыдущих директоров данного института, Н.Ф. Измеров уже был дипломированным гигиенистом. В 1952 г. он закончил санитарно-гигиенический факультет Ташкентского медицинского института. Второй alma mater для него стал Центральный институт усовершенствования врачей. Первое знакомство с ЦИУ врачей произошло на курсах организаторов здравоохранения (1952 г.), а затем была ординатура (1954 г.), аспирантура (1955 г.), защита кандидатской (1958 г.) и докторской (1973 г.) диссертаций. Научным руководителем Николая Федотовича был Владимир Александрович Рязанов (Измеров 2013). В ЦИУ врачей также началась научно-педагогическая деятельность Н.Ф. Измерова: в 1958-1960 гг. он был ассистентом кафедры коммунальной гигиены и заместителем декана по аспирантуре и ординатуре.

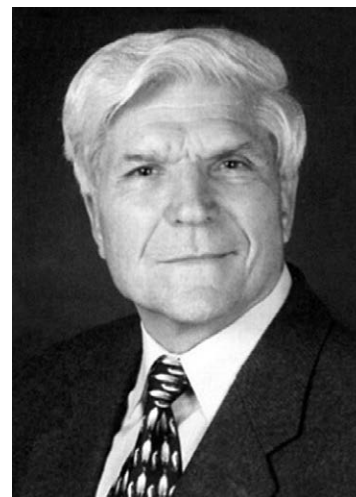


Рисунок 4. Николай Федотович Измеров (1927-2016).

Огромный опыт Николай Федотович приобрёл, работая на различных должностях в Министерстве здравоохранения СССР и РСФСР. Его первым местом работы стал финансовый отдел Планово-финансового управления Минздрава СССР, где он был начальником сектора республиканских и местных бюджетов (1953-1954 гг.). Затем уже молодой кандидат медицинских наук Н.Ф. Измеров работал заместителем начальника Отдела внешних сношений Минздрава СССР (1960-62 гг.). На этой должности Николай Федотович проявил себя в качестве самостоятельного организатора, который может справиться с заданиями различной сложности: от организации поездки на

XIV Всемирную ассамблею здравоохранения до выпуска на русском языке журнала «Хроника ВОЗ». Повышение не заставило себя ждать. В 1962 г. Н.Ф. Измеров был назначен заместителем министра здравоохранения РСФСР — главным санитарным инспектором (врачом) Республики. Работа на этом высоком и ответственном посту позволила Николаю Федотовичу на практике познакомиться со всеми санитарно-гигиеническими проблемами республиканского и союзного уровня. Отчитываться главному санитарному врачу приходилось не только

перед своим республиканским начальством, но и перед высшим государственным и партийным руководством.

Важным этапом в карьере и жизни Н.Ф. Измерова стало его назначение в 1964 г. на должность помощника Генерального директора Всемирной организации здравоохранения. В женевской штаб-квартире ВОЗ он курировал работу нескольких департаментов, служб и отделов, а также участвовал в налаживании международных программ сотрудничества и курировал несколько региональных офисов (Шиган, Рыбина 2017). Ещё одним важным направлением деятельности доктора Николая Измерова было развитие советского присутствия в международных медицинских организациях и программах. Политика мирного сосуществования и соревнования двух систем подталкивала СССР к активной помощи странам третьего мира. Советская медицина должна была показать преимущества реального социализма над капитализмом.

В 1971 г. Николая Федотовича Измерова избрали директором Научно-исследовательского института гигиены труда и профзаболеваний АМН СССР. К началу 1970-х гг. Институт был признанным академическим лидером в своей области и осуществлял научно-теоретическое руководство отраслевыми НИИ и профильными кафедрами медицинских ВУЗов. «С приходом в Институт Н.Ф. Измерова широкое развитие получают исследования по разработке методологии комплексной оценки условий труда и состояния здоровья работающих практически во всех отраслях промышленности, по обоснованию принципов и методов оздоровления производственной и окружающей среды, профилактики и сохранения здоровья работников» (Шиган, Рыбина 2017: 72). В связи с вызовами времени совершенствовалась и структура Института: были созданы отдел социально-гигиенических исследований, лаборатория гигиены труда женщин, лаборатория гигиены труда медицинских работников, группа гигиены труда в зоне БАМ и др. По инициативе Николая Федотовича в Институте был воссоздан утраченный в довоенные годы Музей истории гигиены труда и профпатологии, который стал важным центром по истории российской и советской медицины.

«Ускорение», «Перестройка», переход от реального социализма к капитализму, распад Советского Союза и строительство новых государств на постсоветском пространстве не могли пройти стороной для Научно-исследовательского института гигиены труда и профзаболеваний АМН СССР. Сам Институт был практическим следствием Великой Октябрьской революции, и в ситуации новых революционных потрясений должен был измениться, чтобы не просто выжить, а быть

востребованным в новых условиях. Н.Ф. Измеров понимал необходимость преобразований, как на уровне Института, так и на уровне профильного Отделения Академии медицинских наук. Поворотным годом в этом вопросе стал 1992 г., когда произошла не просто смена вывесок, а смена научных парадигм.

Во-первых, произошёл переход от гигиены труда к медицине труда, как «интегрированной области профилактической и лечебной медицины, изучающей человека в процессе труда с целью разработки комплексной системы управления здоровьем, окружающей средой и безопасностью на рабочем месте» (Измеров 2010: 662). С 1992 г. было принято современное название Института – Научно-исследовательский институт медицины труда. Надо отметить, что смена парадигм и названий проходила не без дискуссий и споров.

Сам Николай Федотович вот так описывал этот процесс: «Мне пришлось неоднократно выступать, и прежде всего в своём институте, доказывать и убеждать, приводить аргументы в пользу принятия нового научного направления взамен изжившего себя, и когда оно было принято, представить паспорт специальности «медицина труда» в ВАК. Изменить название института было не просто, нужно было аргументировать и доказывать правомочность и логичность такого изменения» (Измеров 2010: 662). Практическим проявлением нового подхода стало создание в 1995 г. Центра медицины труда на «АвтоВАЗ».

Во-вторых, произошёл «ребрендинг» Отделения гигиены, микробиологии и эпидемиологии Академии медицинских наук. В 1990 г. Н.Ф. Измеров был избран академиком-секретарём ОГМИЭ АМН СССР.

Продолжая логику интеграции лечебных и профилактических мероприятий в единый комплекс, Николай Федорович провёл в жизнь переименование Отделения гигиены, микробиологии и эпидемиологии в Отделение профилактической медицины.

За практически столетие существования НИИ МТ во главе него стояло много талантливых учёных и организаторов науки и здравоохранения. Институт за этот период прошёл три больших этапа. Созданный в 1923 г. как часть системы всеобщей диспансеризации в московском регионе, Институт им. В.А. Обуха два десятилетия удачно справлялся со всеми поставленными перед ним задачами. Включение в состав Академии медицинских наук СССР, позволило Научно-исследовательскому институту гигиены труда и профзаболеваний стать теоретическим и методологическим центром для остальных научных и научно-педагогических институций в сфере гигиены труда. Адаптация

к изменившимся социально-экономическим и политическим реалиям повлекла не только переименование Института, но и перестройку всей идеологии научно-методической работы, а также усиление связи исследовательских тем с практическими потребностями новой экономики, государства и общества.



Рисунок 5. Торжественное заседание, посвящённое открытию Музея.

Слева направо: Е.И. Хухрина, Л.К. Хоцянов, З.А. Волкова, Л.С. Боголепова, А.М. Рашевская, Н.Ф. Измеров, А.А. Летавет, Е.И. Воронцова, Б.В. Шафранов, Г.А. Бейлихис, М.Н. Коган, Е.Н. Марченко, А.А. Каспаров, Я.М. Мирский.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Боголепова Л.С. История создания Московского института по изучению профессиональных болезней им. В.А. Обуха // Теоретические, исторические и этические проблемы медицины труда. (Актовые речи ведущих учёных НИИ Медицины труда РАМН). - М.: МП «МАР», 1994. С. 9-20.
2. Бухтияров И.В., Шиган Е.Е., Прокопенко Л.В., Денисов Э.И. Покорённые вершины Августа Летавета (к 125-летию со дня рождения крупного учёного-гигиениста и знаменитого спортсмена Августа Андреевича Летавета) // Медицина труда и промышленная экология. 2018. № 3. С. 1-5.
3. Измеров Н.Ф. Годы и мгновения: Непридуманное. - М.: Фонд «Новое тысячелетие», 2010. - 736 с.
4. Измеров Н.Ф. Посвящение учителю. - М.: Litterra, cop., 2013. - 95 с.
5. Измеров Н.Ф., Воронцова Е.И. Роль А.А. Летавета в развитии медицины труда (к 100-летию со дня рождения) // Медицина труда и промышленная экология. 1993. № 2. С. 1-3.
6. Институту медицины труда Российской академии медицинских

наук 75 лет / Под ред. Каспарова А.А., Корбаковой А.И. - М.: НПЦ «ЭКИЗ», 1998. - 284 с.

7. Летавет А.А. Советская гигиена труда за 60 лет после Великой Октябрьской социалистической революции // Гигиена труда и профессиональные заболевания. 1977. № 11. С. 1-10.
8. Летавет А.А., Роцин А.В. 20-летие журнала «Гигиена труда и профессиональные заболевания» и его задачи // Гигиена труда и профессиональные заболевания. 1977. № 1. С. 1-5.
9. Людмила Сергеевна Боголепова (шестьдесят лет в строю) // Гигиена труда и профессиональные заболевания. 1978. № 1. С. 52-53.
10. Памяти Л.С. Боголеповой // Гигиена и санитария. 1980. № 3. С. 90.
11. Роцин А.В. Жизнь, отданная развитию советской гигиены труда // Гигиена труда и профессиональные заболевания. 1978. № 11. С. 32-36.
12. Роцин А.В., Волкова Н.И. Роль А.А. Летавета в развитии отечественной гигиены труда (К 75-летию со дня рождения) // Гигиена труда и профессиональные заболевания. 1968. № 2. С. 40-45.
13. Стейнберг М. Великая русская революция, 1905-1921. - М.: Издательство Института Гайдара, 2018. - 560 с.
14. Тасиц Н.А. Научная политика СССР в 1927-1941 годах // Расписание перемен: Очерки истории образовательной и научной политик в Российской империи - СССР (конец 1880-х—1930-е годы). - М.: НЛО, 2012. С. 564-592.
15. Труд и здоровье / Н.Ф. Измеров, И.В. Бухтияров, Л.В. Прокопенко, Н.И. Измерова, Л.П. Кузьмина. - М.: Литтера, 2014. - 416 с.
16. Фицпатрик Ш. Русская революция. - М.: Издательство Института Гайдара, 2018. - 320 с.
17. Хухрина Е.В. Врачи-большевики у истоков гигиены труда // Теоретические, исторические и этические проблемы медицины труда. (Актовые речи ведущих учёных НИИ Медицины труда РАМН). - М.: МП «МАР», 1994. С. 53-63.
18. Шиган Е.Е., Измеров Н.Ф. Медицина труда в России: наука и развитие общества // Бюллетень Национального НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко. 2016. Вып. 2. С. 413-416.
19. Шиган Е.Е., Рыбина Т.М. Корифей уходящей эпохи (К 90-летию Н.Ф. Измерова) // ОТТБ. Охрана труда. Технологии безопасности. 2017. № 12. С. 71-73.

ИЗ ИСТОРИИ БОРЬБЫ С ГЕНЕТИКОЙ В ВЫСШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ШКОЛЕ: К 70-ЛЕТИЮ АВГУСТОВСКОЙ СЕССИИ ВАСХНИЛ

Н.Т. Ерегина

Ярославский государственный медицинский университет

FROM THE HISTORY OF STRUGGLE AGAINST GENETICS IN HIGHER MEDICAL SCHOOL: TO THE 70TH ANNIVERSARY OF THE AUGUST SESSION VASCHNIL

N.T. Eregina

Yaroslavl State Medical University

Аннотация: Статья посвящена истории борьбы идей в биологической науке в 1940-е годы и ее отражению в высшей медицинской школе.

Ключевые слова: Высшая медицинская школа, идеологические кампании, борьба идей в биологической науке, генетика, сессия ВАСХНИЛ, Лысенко.

Abstract: The article is devoted to the history of the struggle of ideas in biological science in the 1940s and its reflection in the higher medical school.

Key-words: Higher medical school, ideological campaigns, ideas fighting in biological science, genetics, Session VASHNIL, Lysenko.

В 1948 г. российская высшая медицинская школа вступила в очередную идеологическую кампанию, вошедшую в историю как кампания борьбы за чистоту «мичуринской» биологии. Вряд ли выдающийся русский селекционер, садовод Иван Владимирович Мичурин мог предположить, что его имя станет своеобразным символом и красным флагом в борьбе идей, развернувшихся в отечественной биологии в 1940-е годы. Он ушел из жизни до того, как появился лозунг «Мичуринская биология». Но именно к нему апеллировал новый авторитет советской биологической науки – академик Трофим Денисович Лысенко. Хотя, по данным писателя и публициста Семена Резника, автора многочисленных книг и статей об академике Н.И. Вавилове, Лысенко и Мичурин вообще вряд ли встречались. Т.Д. Лысенко неоднократно называл И.В. Мичурин своим учителем. И даже приезжал к нему в г. Козлов. Но! По одним сведениям, после короткого разговора чем-то рассерженный Мичурин палкой выгнал его из своего кабинета, а по другим – Мичурин заперся и отказался его принимать [7].

Отправной точкой новой волны преследований ученых-генетиков

стала сессия ВАСХНИЛ (31 июля – 7 августа 1948 г.), закончившаяся разгромом генетики и торжеством лысенковщины. Член-корреспондент АН СССР И.А. Рапопорт позже вспоминал: «Последствия сессии были ужасны. Генетика и цитология исчезли из науки, из сельского хозяйства, из медицины, из высшей и средней школы. Из статей, появившихся до и после сессии, становилось все более ясно, что преследование генетики было лишь первым актом торжества упрощенчества, жертвами которого вслед за ней должны были стать химия, физика, дарвинизм, физиология и другие. В примитивизации науки увидели новую истину» [8].

Ситуация в биологической науке рикошетом ударила по высшей школе. 24 августа 1948 г. вышел приказ Министра высшего образования СССР и Министра здравоохранения СССР «О состоянии учебной и научной работы по биологическим наукам в медицинских учебных и научных учреждениях». Этот документ фиксировал внимание на «грубейших ошибках» в преподавании биологии, в учебных программах, руководствах и учебниках, пропитанных идеями менделизма-морганизма. Подчеркивалось, что в некоторых разделах медицинской науки, таких как физиология, гистология, патологическая физиология, невропатология и других реакционное вейсманистское направление в трактовке проблем наследственности является господствующим, а прогрессивное мичуринское направление игнорируется.

Резкой критике подверглись научные работы профессоров Л.Я. Бляхера («Курс общей биологии с зоологией и паразитологией». М.: Медгиз, 1944), Д.Л. Рубинштейна («Общая физиология». М.: Медгиз, 1947), С.С. Халатова («Патологическая физиология». М.: Медгиз, три издания 1933-1945), Л.Н. Карлика («Патологическая физиология». М.—Л.: Биомедгиз, 1936; второе издание — 1943), С.Н. Давиденкова («Эволюционно-генетические проблемы в невропатологии». Л.: ГИУВ им. С.М. Кирова, 1947). В постановлении подчеркивалось, что «профессорско-преподавательские кадры по кафедрам биологии высших медицинских учебных заведений имеют совершенно недостаточную подготовку в области передовой мичуринской биологии [1].

Итоги проделанной работы по оздоровлению преподавательских кадров и приведению учебных планов в соответствие с установками сессии Министерство высшего образования СССР подвело в ноябре 1949 г., отразив это в соответствующем приказе «О состоянии преподавания биологических наук в университетах, педагогических, сельскохозяйственных лесохозяйственных и медицинских высших учебных заведениях СССР и мерах его улучшения».

В высшей медицинской школе сессия ВАСХНИЛ дала старт целому ряду организационных мероприятий. Первоочередное – разоблачение «лженауки» перед профессорско-преподавательским составом. Посвященные этому Ученые советы прошли повсеместно, открыв начало очередного учебного года. Так, 6 сентября 1948 г. на заседании Ученого совета 2-го Московского медицинского института был заслушан доклад заместителя директора по учебной части проф. Г.П. Зайцева «О положении в биологической науке». 13 сентября – проведено объединенное заседание Ученых советов института с обсуждением доклада зав. кафедрой биологии проф. В.В. Моховко «О задачах биологической науки в медицинском институте». В речах основных докладчиков и выступлениях членов совета звучала резкая критика «реакционных» учений Менделя, Моргана, Вейсмана, разоблачалась их несостоятельность [2].

Во 2-м Ленинградском медицинском институте зав. кафедрой биологии профессор П.В. Макаров выступил с развернутыми докладами по итогам сессии ВАСХНИЛ на Ученом совете, на открытом партийном собрании, на собраниях в клиниках и учреждениях института, на специально организованной научной конференции. Его доклады дали старт «систематической борьбе с ложными моргановскими позициями» в вузе. [9]. Ученый совет 1-го Московского медицинского института, состоявшийся 13 сентября 1948 г. принял резолюцию о том, что «совет профессоров обязывает всех руководителей кафедр в своей научной и практической деятельности решительно и неустанно разоблачать, выкорчевывать бесплодное для трудящихся антинаучное идеалистическое вейсманистско-моргановское учение в биологии и повседневно осуществлять решение сессии ВАСХНИЛ о безраздельном господстве в биологии творческого дарвинизма учения великого преобразователя живой природы И.В. Мичурина». [5].

Первый сентябрьский Ученый совет Ярославского медицинского института 1948/49 учебного года начался с ознакомления преподавателей с приказом Минвуза СССР от 23 августа 1948 г. «О борьбе двух направлений в биологической науке». Следующие два Ученых совета (16 и 18 сентября) были полностью посвящены вопросу «Об итогах августовской сессии ВАСХНИЛ по докладу академика Лысенко» и о внедрении мичуринского метода на кафедрах института. Обсуждение, в котором приняли участие 20 членов совета, продолжалось в общей сложности 8 часов, а его протокольная запись заняла почти 100 страниц! [3].

Следует отметить, что все же не везде лозунги августовской сессии ВАСХНИЛ были незамедлительно взяты на вооружение. Так, 3 сентября 1948 г. итоги сессии обсуждались на Ученом совете Иванов-

ского медицинского института. С основными докладами выступали зав. кафедрой биологии профессор Э.Р. Геллер и зав. кафедрой основ марксизма-ленинизма Д.А. Мишахин. Совет не принял единого решения, поскольку далеко не все разделяли взгляды Лысенко. Не удивительно, что вскоре в областной газете появилась критическая статья «Смелее разоблачать реакционные учения в биологии и медицине», заканчивавшаяся упреком: «Руководству медицинского института пора понять, что без освежающего ветра большевистской критики и самокритики невозможно добиться перестройки всей научно-педагогической работы» [6].

В последующие месяцы профессора Ивановского медицинского института Э.Р. Геллер, Я.Ф. Бродский, А.Л. Эпштейн не раз подвергались упрекам и обвинениям в приверженности вейсманизму-морганизму на партийных собраниях института и собрании ивановской интеллигенции, на страницах областной газеты «Рабочий край» [4].

Специальными библиотечными комиссиями, созданными в институтах, был пересмотрен фонд учебной литературы с целью изъятия «вредных» и «реакционных» книг, учебников и учебных пособий, пропагандирующих идеи Моргана и Менделя. Эта кампания проводилась в соответствии с директивными установками того времени о том, что «в интересах передовой мичуринской биологической науки должна быть пересмотрена работа научно-исследовательских институтов, издательств, журналов, кафедр высших учебных заведений, пересмотрены программы и учебники по курсу биологии, генетики и селекции».

Разъяснение материалов августовской сессии ВАСХНИЛ и в гораздо большей мере – осуждение вейсманизма-морганизма стали одной из постоянных тем вузовских газет, зачастую перепечатывавших материалы газеты «Медицинский работник». Только с августа по декабрь 1948 г. в ней появились подробные статьи под такими заголовками, как «За передовую биологическую науку». «Совершенствовать педагогический процесс» (18 августа), «Против фашистских теорий в медицине» (25 августа), «Вейсманизм-морганизм» (8 сентября), «Проблемы медицины в свете решений августовской сессии ВАСХНИЛ» (15 сентября), «Политическое воспитание интеллигенции» (29 сентября) и др.

Не менее решительно идеи августовской сессии вклинивались в практическую плоскость учебного процесса. Независимо от желания и позиции преподавателей, учебные программы в медицинских вузах (приказ Минздрава СССР за № 606 от 7 ноября 1948 г.) были пересмотрены и откорректированы «под углом зрения отражения в них передовой биологической и медицинской науки». В первую очередь это

касалось биологии, анатомии, патологической анатомии, нормальной и патологической физиологии, эпидемиологии. Список действующих учебных программ для медицинских вузов был оперативно представлен в Бюллетене МВО СССР. Для самостоятельного изучения преподавателям высшей медицинской школы были рекомендованы сборник трудов Т.Д. Лысенко «Агробиология» и опубликованный отдельным изданием стенографический отчет сессии ВАСХНИЛ. Что касается студентов, то практически по всем дисциплинам началу занятий предшествовали лекции об итогах сессии ВАСХНИЛ. Для студентов старших курсов были организованы циклы лекций по биологии, проведены конференции по вопросам «борьбы двух направлений в биологии». О том, как воспринимали все происходившее студенты, прекрасно написал С.Э. Шноль в своей книге «Герои, злодеи, конформисты отечественной науки» (М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2012).

Установки августовской сессии ВАСХНИЛ вторгались и непосредственно в лечебную сферу. Как видно из отчета Ярославского единого научного общества врачей за 1948 год, из 18 докладов, заслушанных врачами области на пленарных заседаниях, 10 были посвящены мичуринской биологии, ее значению для медицины. Не обошли эту тему и на секциях. Конечно, большинство сообщений касались проблем, над которыми медики работали в клиниках. Это и опыт костной пластики (ассистент А.А. Голосов), и хирургическое лечение гипертонической болезни (ассистент И.М. Перельман), и распространенность и профилактика рахита у детей г. Ярославля (ассистент Т.М. Голикова) и многие другие. Но обязательно присутствовали такие, которые напрямую связывались с указаниями августовской сессии ВАСХНИЛ: «Биологические проблемы в клинике внутренних болезней в свете мичуринского учения», «О борьбе с менделизмом и морганизмом», «Значение мичуринской биологии для педиатрии», «О значении учения Мичурина-Лысенко в биологии для невропатологии и психиатрии», «Значение учения Мичурина-Лысенко для советской дерматологии», «Биологическая проблема в офтальмологии с точки зрения мичуринского учения», «Идеологические основы борьбы на биологическом фронте», и т. п.

После сессии ВАСХНИЛ в медицинских вузах в соответствии с приказом МЗ РСФСР от 14 мая 1949 г. начали работу комиссии по проверке работы кафедр биологии, гистологии, нормальной физиологии, патологической физиологии, гигиены, общей терапии, детских болезней по перестройке их деятельности в свете решений августовской сессии. Начались поиски не перестроившихся преподавателей. Следствием проверок стало увольнение заведующих кафедрами, профессоров, преподавателей и сотрудников ряда вузов, «ошибочно

трактовавших проблемы генетики». Параллельно с этим, оставшиеся в вузах преподаватели обязывались самым решительным образом «выкорчевывать» неудобные научные теории.

Под благовидным предлогом «улучшения содержания учебного процесса» в вузах было введено и на протяжении нескольких лет практиковалось стенографирование читаемых на кафедрах лекций с последующим обсуждением их содержания на методических комиссиях. Как отмечалось в вузовских отчетах, это «серьезно сказалось на качестве лекций, насыщенности содержания, идейной направленности».

Уровень идеологической и профессиональной подготовки преподавателей теоретических кафедр, особенно биологии, физики, долгое время не устраивал руководство Минздрава СССР. Это отмечалось в докладе С.М. Павленко на совещании директоров медицинских институтов в 1949 г., подчеркнувшего, что «кадры преподавателей биологии не готовились должным образом, вследствие чего допущены грубые методологические ошибки». Резкой критике подвергся курс физики проф. С.А. Арцыбашева, в котором партийные идеологи обнаружили «ряд грубейших нарушений идейно-политического плана», «аполитичность и преклонение перед западными учеными».

Исправление ситуации в преподавании биологии в высшей медицинской школе наметилось лишь в 1960-е годы. После отставки Н.С. Хрущева (1964 г.) деятельность «лысенковцев» была признана вредной и ошибочной для науки и сельского хозяйства, а генетика вновь вернулась в высшие медицинские учебные заведения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. *Бюллетень Министерства высшего образования СССР. 1948. № 9. С. 12-15.*
2. *Государственный архив Российской Федерации. Ф. 8009. Оп. 9. Д. 891. Л. 4.*
3. *Государственный архив Ярославской области. Ф. Р-839. Оп. 1. Д. 56. Л. 5-100.*
4. *Горбунов Г. «Выше знамя мичуринской науки» // Рабочий край. 1948. 12 сентября; Ломов В., Байдаров Т. «О партийности в науке» // Рабочий край. 1948. 24 ноября; Горбунов Г. «На позициях космополитизма» // Рабочий край. 1949. 27 марта.*
5. *Очерки по истории I Московского ордена Ленина медицинского института имени им. И.М. Сеченова / Отв. ред. В.В. Кованов. М.: Медгиз, 1959. С. 65.*

6. *Рабочий край. 1948. 7 сентября.*
7. *Семен Резник. Трофим Лысенко – второе пришествие? //Режим доступа: <https://www.le-online.org/2015-11-09-17-50-50/362-n49-mosty-reznik>. дата обращения: 2.08.2018.*
8. *Суровая драма народа. Ученые и публицисты о природе сталинизма. М., 1989. С. 418-419.*
9. *Центральный государственный архив Санкт-Петербурга. Ф. 3081. Оп. 5. Д. 486. Л. 72.*

К ИСТОРИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В СТАРО- ЕКАТЕРИНИНСКОЙ БОЛЬНИЦЕ – МОСКОВСКОМ ОБЛАСТНОМ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОМ КЛИНИЧЕСКОМ ИНСТИТУТЕ (МОНИКИ) ИМЕНИ М.Ф. ВЛАДИМИРСКОГО

Лобанов А.Ю.

*ГБУЗ МО Московский областной научно-исследовательский
клинический институт им. М.Ф. Владимирского (МОНИКИ)*

TO THE HISTORY OF ADDITIONAL MEDICAL EDUCATION IN THE OLD CATHETERINIC HOSPITAL - MOSCOW REGIONAL SCIENTIFIC RESEARCH CLINICAL INSTITUTE (MONIKI) NAMED M.F. VLADIMIRSKY

Lobanov A.U.

Moscow Regional Clinical Research Institute. M.F. Vladimirsky (MONIKI)

Аннотация: Статья посвящена истории становления медицинского образования в Старо-Екатерининской больнице – Московском областном научно-исследовательском клиническом институте (МОНИКИ) имени М.Ф. Владимирского и событиям, предшествующим созданию Факультета усовершенствования врачей.

Ключевые слова: История медицины, история медицинского образования, МОНИКИ.

Abstract: The article is devoted to the history of the formation of medical education in the Staro-Ekaterininskaya hospital - the Moscow

Regional Research Clinical Institute (MONIKI) named M.F. Vladimir and the events preceding the creation of the Faculty of Advanced Physicians.

Key-words: History of medicine, history of medical education, MONIKI.

В 2019 году исполняется 30 лет образования в Московском областном научно-исследовательском клиническом институте (МОНИКИ) имени М.Ф. Владимирского Факультета усовершенствования врачей. Однако его предыстория уходит корнями в XVIII век.

«Получая высокое звание врача, и приступая к профессиональной деятельности <...> клянусь <...> постоянно совершенствовать свое профессиональное мастерство, беречь и развивать благородные традиции медицины», — гласит клятва врача России. Наверное, нет такой другой области знаний и человеческой деятельности, как медицина, служителям которой еще с времен Асклепия и Гиппократов завещано ежедневно, ежесекундно познавать новое, укреплять уже полученные знания и стараться не допустить ошибки, которая может стать роковой для жизни пациента. Только так: из уст в уста, из рук в руки передаются врачебные знания, лечебные и диагностические техники. Только в непрерывном обучении накапливается опыт, и навык становится умением, которое может сохранить здоровье и продлить жизнь.

В Московском областном научно-исследовательском институте существуют глубокие и устоявшиеся традиции обучения медиков. Еще со времени своего создания на месте чумного карантинного в конце XVIII и первой четверти XIX века молодые врачи приходили в Старо-Екатерининскую больницу для усовершенствования своих знаний. Они назывались волонтерами и обучались у штатных ординаторов, одновременно являясь их бесплатными помощниками в лечении пациентов. Так, приемный сын знаменитого врача и филантропа Федора Петровича Гааза, в будущем земский доктор Л.М. Норшин, начинал свое обучение медицине, проводя обходы вместе со своим отцом – главным врачом Старо-Екатерининской больницы в период с 1835 по 1845 гг.

Несколько ранее, в 1820 г., Андрей Иванович Польш, возглавивший Екатеринбургскую больницу, сделал ее учебно-практической базой Московской Медико-хирургической академии. В 1841 г. было начато присоединение Медико-хирургической академии к медицинскому факультету Московского университета. В 1845 г., с закрытием академии, Екатеринбургская больница становится клинической базой университета и ее палаты открываются для посещения студентами. Андрей Иванович в 1846 г. получает кафедру в Московском университете и звание орди-

нарного профессора хирургического отделения госпитальной клиники. Он не только оперирует, но также читает лекции о сифилисе и глазных болезнях, руководит операциями студентов. Поль заботится о создании анатомического музея и пополнении его коллекции. Во время летних каникул он неоднократно выезжает за границу для обозрения клиник и пополнения опыта. Андрей Иванович разработал методику преподавания хирургии студентам старших курсов, предоставляя им большую самостоятельность вплоть до оперирования после предварительных упражнений на трупах. В 1847 году Поль становится действительным статским советником. Он был очень популярен среди москвичей как врач и имел огромную частную практику.

А.И. Поль возглавлял госпитальную хирургическую клинику Московского Университета 14 лет.

Со временем волонтеры стали называться госпитантами, и если они проявляли хорошие знания и добросовестно относились к своим обязанностям, то их переводили в экстернатуру. Многие выдающиеся русские врачи начинали свою работу в Старо-Екатерининской больнице в качестве врачей-экстернов: основоположник отечественной микробиологии Г.Н. Габричевский, гинеколог Г.Л. Грауэрман, терапевты Г. А. Левенталь, Н.Н. Мамонов, Е.Е. Фромгольд и многие другие.

Педагогическая работа в Старо-Екатерининской больнице проводилась непрерывно, но из-за частого отсутствия материальных средств бессистемно. Так, одно из первых медицинских училищ в стране – «Медицинское училище при Московской Старо-Екатерининской Императорской больнице», было открыто 24 февраля 1872 г. Однако финансовые трудности и отсутствие достаточного количества преподавателей вынуждали периодически прекращать прием обучающихся. В 1888 году меценат предпринимательница Е.А. Кун пожертвовала для училища 50 тыс. рублей с условием, чтобы оно носило имя Марии Карловны Клейн. К преобразованию училища были приложены совместные усилия врачей и профессоров Старо-Екатерининской больницы: Костарева С.И., Рота В.К., Минха Г.Н. и др. В течение долгого времени училище было признано «...одной из самых лучших медицинских школ России...». Уровень преподавательской работы был настолько высок, что в 1907 году перед Московским городским управлением был поставлен вопрос о преобразовании училища в Высшую медицинскую школу. Но в этой просьбе было отказано.

Чтобы максимально приблизить училище к высшему учебному заведению, было решено продлить срок обучения с трех до четырех лет.

К 1908 году во всех отделениях Старо-Екатерининской больницы

занимались повышением квалификации 105 врачей, в том числе 32 экстерна и 73 врача из земских больниц Московской губернии.

После Революции 1917 года больница получила имя А.И. Бабухина. Молодое социалистическое государство с самого первого дня взяло на себя заботу о здоровье населения. К этому Советскую власть призывала задача скорейшего подъема страны из разрухи и превращения ее в индустриальную мировую державу.

Несмотря на значительные успехи Советского здравоохранения в период индустриализации и коллективизации, темпы его развития резко отставали. Одной из важнейших и труднейших задач в этот период была подготовка медицинских кадров.

4 мая 1923 года Московским отделом здравоохранения на базе больницы имени Бабухина (бывшей Старо-Екатерининской больницы) был организован Московский клинический институт для врачей (МКИ).

Постановлением Мосздравотдела № 211 штат больницы им. Бабухина был полностью переведен в штат организуемого МКИ. Также в его состав вошли отдельные клиники Московской глазной и 1-й туберкулезной больниц, 1-й Физио-Механо-терапевтической поликлиники, больницы им. Достоевского и Мечниковского института.

Отчасти МКИ можно считать преемником Диагностического института Московского губернского отдела здравоохранения, открытого 1 мая 1920 г. в помещении бывшей частной лечебницы на Садовой-Триумфальной улице в д. № 13. Его возглавлял Л.О. Даркшевич. В поликлинике Диагностического института проводили прием крупнейшие специалисты: Д.Д. Плетнев, А.А. Кисель, В.В. Иванов, Д.Л. Черниховский и др. В мае 1921 года этот институт был переведен в Мариинскую больницу, но работу развернуть не удалось из-за нехватки мест (200 коек) и исключительно хирургического профиля учреждения. В 1923 году институт был переведен в Старо-Екатерининскую больницу (с 1921 г. — больницу им. Бабухина) и преобразован в МКИ. Больница имени Бабухина на тот момент имела 400 коек и была многопрофильной.

Основной задачей созданного МКИ было оказание высококвалифицированной медицинской помощи при сложных заболеваниях, а также подготовка врачебных кадров для Москвы и Московской области. Возглавил институт Ливерий Осипович Даркшевич – выдающийся невропатолог и общественный деятель. Ему удалось привлечь к работе в МКИ крупнейших ученых нашей страны.

Заведующими отделениями МКИ были назначены известные

и талантливые врачи: С.П. Федоров и Н.К. Холин (хирургия), Д.Д. Плетнев и А.И. Яроцкий (терапия), М.С. Маргулис (невропатология), В.В. Иванов и М.Д. Фокин (кожно-венерологические болезни), Л.О. Свержевский (ЛОР-заболевания), Н.Д. Брюхатов (родильное отделение), Д.Т. Будинов (рентгенология), А.А. Кисель (детские болезни), Г.Н. Сперанский (микропедиатрия), Н.Н. Дислер (глазные болезни), В.Т. Талалаев (пат. анатомия), А.А. Ушаков (гинекология). Консультантами нового института были такие знаменитые врачи, как Г.Н. Сперанский, А.М. Абрикосов, П.Б. Ганнушкин, В.А. Соколов, Л.О. Свержевский и др.

В 1924 году МКИ имел 23 кафедры. Здесь читали лекции такие крупные ученые и врачи, как В.Д. Шервинский, Л.П. Тарасевич, А.В. Мартынов, И.В. Давыдовский, Н.Н. Бурденко. В клиниках и лабораториях института велись практические занятия, в которых активное участие принимали штатные ординаторы, ставшие впоследствии руководителями клиник и отделов: П.А. Бархаш, М.Б. Розенблюм, А.И. Великорецкий, Д.Н. Атабеков, А.И. Фельдман. Только за две сессии 1923-24 гг. лекции прослушали 211 врачей, а к концу 1924 г. – 1300 чел.

Два раза в месяц проводились научные конференции по актуальным вопросам медицины, с привлечением уездных врачей и курсантов. В 1924 г. под редакцией Л.О. Даркшевича, тиражом 1000 экз., вышел первый сборник трудов МКИ, распространявшейся по клиникам Московской губернии. МКИ проводил большую организационно-методическую работу, формы и методы которой совершенствовались на основе практики и помогали улучшению качества оказания медицинской помощи во всей губернии.

Также на базе МКИ были открыты трехмесячные бесплатные «Курсы усовершенствования для врачей». Они были двух видов: «элементарный систематический» при «Сокольнической (авт. — по району) группе больниц» и специальный цикловой при больнице имени Бабухина, где слушателям было предоставлено право выбирать циклы предметов для занятий. Всего на курсы было принято 150 врачей (50 и 100 соответственно). Врачи, прошедшие курсы «первой группы», были обязаны через определенное время пройти цикл предметов из второй группы.

Опыт, накопленный МКИ, позволил в 1925 году создать в Москве институт усовершенствования врачей и передать ему часть функций по подготовке врачебных кадров для города и других регионов. Курсы усовершенствования врачей на базе больницы им. Бабухина, готовившие врачей в основном для районов области, просуществовали

вплоть до 1930 года. Их реорганизация была намечена в ноябре 1929 г., однако больница продолжала оказывать «командируемым с мест врачам возможность ознакомиться с применяемыми больницей методами и практикой работы и повысить тем свои знания и технику работ».

На базе МКИ также работали: институт ассистентов, санитарно-просветительские курсы для младшего персонала и практические занятия с членами Российского общества Красного Креста.

В декабре 1929 г. ЦК ВКП(б) принял специальное постановление «О медицинском обслуживании рабочих и крестьян», в котором, в частности, отмечалась малочисленность медицинских работников в сельской местности. Количество врачей выпускаемых государственными медицинскими институтами возрастало из года в год, но все же было недостаточным. Требовалось значительное увеличение врачебных кадров.

В феврале 1931 г. на базе Московской Областной больницы имени А.И. Бабухина (бывшей Старо-Екатерининской больницы, а ныне МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского) был организован Московский Областной Клинический Институт (МОКИ). В сентябре того же года распоряжением Мособлздравотдела МОКИ реорганизуется в МОКИ-Мед.вуз или Медвуз-больницу.

По решению коллегии Наркомздрава РСФСР общее методическое руководство Областным Медвузом было возложено на Управление Медвузами Наркомздрава РСФСР, а административное управление — на Мособлздравотдел (протокол от 25/ХП-1931 г.). Финансирование Медвуза производилось по областному бюджету. Обучение было организовано «без отрыва от производства» — в этом заключалась особенность данного вуза. Студент, работая в больнице, одновременно, под руководством врача, получал основные медицинские навыки. Фактически вуз был открыт 06 ноября 1931 г., а прием студентов на обучение был начат в январе-феврале 1932 г. Директором Мед. вуза со дня его основания и по 1938 г. являлся Аванесов А.С., репрессированный как «враг народа». С 1938 г. по 1941 г. институт возглавлял Ремиз А.М., репрессированный за «побег» из Москвы во время наступления немецко-фашистских войск. Деканом МОКИ-Мед.вуза был профессор Великорецкий А.Н.

В 1932 г. по заданию Наркомздрава РСФСР сотрудниками МОКИ Медвуза-больницы впервые было разработано «Положение о больницах - Медвузах – медтехникумах». В разработке принимали участие профессора Яроцкий А.И., Талалаев В.Т., Розенблюм М.Б., Плоткин Ф.М., Великорецкий А.Н. Все они преподавали в МОКИ. Также в институте работали такие выдающиеся деятели медицины, как: Семашко Н.А., Плетнев Д.Д., Малиновский М.С., Линберг Б.Э., Смирнов А.И.,

Скворцов В.И., Атабеков Д.Н., Бархаш П.А., Фельдман А.И.

В 1933 году в МОКИ Медвуз были включены: Медтехникум им Н.К. Крупской и 1-м Московский медполитехникум, одним из профилей которых была подготовка зубных врачей. Медтехникум им. Н.К. Крупской был создан в 1926 г. на месте бывшего фельдшерско-акушерского училища при Старо-Екатерининской больнице, основанного в 1870 г. старшим врачом, профессором Сергеем Ивановичем Костаревым. На базе присоединенных к МОКИ техникумов была открыта «Зубоврачебная школа МОКИ», в которой продолжилась начатая в техникумах подготовка зубоврачебных кадров.

До 1934 года Медвуз-МОКИ, или, как его называли, «Медвуз-комбинат» — имел 3 факультета: лечебно-профилактический, охраны материнства, младенчества и детства, и санитарно-гигиенический.

Согласно Постановлению ЦИК СССР от 3/IX-1934 г., эти факультеты были ликвидированы и организован единый лечебный факультет, куда и были переведены все студенты, обучавшиеся на других факультетах.

Первый выпуск в МОКИ-Медвузе состоялся в 1936 году — 112 молодых врачей, 28 из которых (25%), по протоколам Государственной Испытательной Комиссии, получили на госэкзаменах оценку «отлично».

По окончании Медвуза-МОКИ все молодые врачи поступили в распоряжение Московского Областного Отдела Здравоохранения и были распределены по лечебно-профилактическим учреждениям области с учетом их желания работать в том районе или городе, где они жили до поступления.

Медвуз-больница, осуществлявшая обучение врачей «без отрыва от производства», просуществовала в течение 5 лет (1932-1936гг.). С 1 сентября 1936 года в связи с Постановлением Правительства от 24 июня все медицинские институты получили единые учебные планы и режим работы. Медвуз-больница была реорганизована в обычный Медицинский вуз, ведущий подготовку врачей с отрывом от производства. В отличие от других Медвузов он остался в областном подчинении и готовил врачебные кадры только для Московской области.

16 мая 1939 г. МОКИ-Медвуз (ныне МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского) был преобразован в 4 Московский Государственный Медицинский институт (4-й МГМИ). До Великой Отечественной войны МОКИ-Медвуз произвел пять выпусков врачей. С началом войны медицинские вузы перешли на ускоренный выпуск врачей по сокращенным

программам и в 1941 году учащиеся 5 курса МОКИ Медвуза были выпущены досрочно и сразу призваны на фронт, а учащиеся 4-го курса получили удостоверения «зауряд-врачей», с которыми они могли оказывать на фронте врачебную медицинскую помощь. Многие из выпускников работали во время войны в эвакогоспитале № 5020 (ЭГ № 5020), организованном на территории МОКИ (ныне МОНИКИ).

За 10 лет своего существования (1932-1941 гг.) Медвуз-МОКИ произвел 8 выпусков, всего 1350 молодых врачей, из которых свыше 50 % были направлены на работу в города и районы Московской области. Благодаря этому, Московскому Облздравотделу удалось ликвидировать серьезный прорыв с врачебными кадрами в первые годы проведения индустриализации страны и коллективизации сельского хозяйства.

В сентябре 1941 г. было принято решение о эвакуации московских мединституты на базу существующих вузов на востоке страны. Эвакуация проходила в спешке, но в результате 4-й МГМИ был направлен в город Фергана Узбекской ССР. Возглавила институт во время эвакуации профессор Майстрах К.В., которая в 1930-1938 гг. вела курс истории медицины и социальной гигиены в МОКИ Медвузе, а с 1 марта 1938 г. и вплоть до 1950 г. была руководителем его кафедры социальной гигиены и организации здравоохранения.

Позже, в октябре 1942 года, в коллектив преподавателей влились эвакуированные работники Днепропетровского мединститута. К 1-му августа 1943 года количество студентов составило 736 человек. В городе Фергана, эвакуированный 4-й МГМИ произвел три выпуска студентов (всего 210 врачей). При участии 4-го МГМИ в Фергане была организована городская психиатрическая служба: больница на 50 коек и поликлиника. Также была создана детская стоматологическая больница на 75 коек.

К 1943 году МОКИ стал мощным научно-методическим центром, и 26 февраля распоряжением № 4153-с Совета Народных Комиссаров СССР был включен в число научно-исследовательских институтов. Он стал именоваться Московский Областной Научно-Исследовательский Клинический институт (МОНИКИ).

6 октября 1943 года в стены МОНИКИ вернулись из эвакуации 150 сотрудников и 530 студентов 4-го МГМИ. Позже НКЗ РСФСР было принято решение объединить вернувшиеся из эвакуации 4-й и 3-й МГМИ в один Московский государственный медицинский институт МЗ РСФСР с объявлением нового конкурсного набора преподавателей и сотрудников на все кафедры. В новом институте продолжили работать Великорецкий А.Н., Линберг Б.Э., Талалаев В.Т., Куршаков Н.А.,

Диллон Я.Г., Рихтер Г.А., Хорошко В.К.. Клинической и учебной базой института оставался МОНИКИ.

В 1950-1951 гг. Московский государственный медицинский институт МЗ РСФСР был переведен в город Рязань, став Рязанским медицинским институтом, а ныне (с 1993 г.) Рязанским государственным медицинским университетом имени академика И.П. Павлова.

После Великой Отечественной войны Московский областной научно-исследовательский клинический институт стал одним из активных центров обучения врачей и совершенствования медицинских знаний. Вначале формой подготовки и совершенствования врачей являлось рабочее место, предусматривающее практическую работу в клинике на положении младшего куратора. Со временем эта форма была усовершенствована, практика была объединена с теоретическими занятиями и курсами лекций.

В соответствии с распоряжением Совета Министров СССР № 8789/Р от 17 июля 1946 года и № 1200/2Р от 28 августа 1947 года на базе МОНИКИ была организована 3-летняя клиническая ординатура и курсы специализации врачей Московской области с отрывом от производства.

К 1958 году на базе института ежегодно повышали свою квалификацию более 1000 врачей. В 1960 году в институте были созданы аспирантура, а также 4-месячные курсы специализации и совершенствования врачей.

Развивающееся Советское здравоохранение нуждалось во врачах-терапевтах высокой квалификации и подготовке так называемых «узких» специалистов для Московской области. Главные врачи центральных районных больниц, согласно плану развития специализированных служб района, направляли своих врачей для обучения в МОНИКИ.

Ежегодно в МОНИКИ проводилось три 4-месячных цикла, каждый из которых заканчивали 60-70 врачей. С целью «индивидуализации» обучения и практических занятий каждый курсант прикреплялся к одному преподавателю.

С 1960 года силами научных сотрудников терапевтических клиник на базе центральных районных или крупных городских больниц были организованы выездные курсы усовершенствования. Занятия проводились один раз в неделю в течение 7-8 месяцев. Каждый поток включал 45-60 курсантов, которые в день обучения освобожда-

лись от работы. За 10 лет (до 1970 года) курсы окончило 567 человек.

В 1989 году на основании приказа Министерства здравоохранения РСФСР № 76 (18.05.) в МОНИКИ был создан Факультет усовершенствования врачей. Это был первый опыт создания учреждения дополнительного профессионального образования на базе научно-исследовательского института.

В настоящее время факультет занимает ведущее место в профессиональной подготовке медицинских кадров не только в Московской области, но и далеко за ее пределами. Уникальность факультета состоит в том, что обучение курсантов ведется сотрудниками института, являющимися одновременно клиницистами, учеными и педагогами. Повышать квалификацию в Московском областном научно-исследовательском клиническом институте (МОНИКИ) имени М.Ф. Владимирского престижно не только для врачей Московской области.

ЛИТЕРАТУРА:

1. *Московская Екатерининская больница (1776-1926) – родоначальница общественной медицины. Юбилейный сборник.* – М., 1929. 436 стр.
2. *Актуальные вопросы клинической и экспериментальной медицины. Тезисы докладов юбилейной научной сессии 22-23 июня 1972 г.* – МОНИКИ. – М., 1972, с. 3-24.
3. *Онопrienко Г.А., Шумский В.И., Круглов Е.Е. От Екатерининской больницы до МОНИКИ (исторические очерки).* М. 2009.
4. *Лобанов А.Ю. История возникновения, становления и развития Московского Областного Научно-исследовательского Клинического института им. М.Ф. Владимирского, методическая разработка лекции,* М., 2007, 208 стр.
5. *Лобанов А.Ю. Подготовка зубоветеринарных кадров на базе Московского Областного Клинического Института – Мед. вуза (1933-1938 гг.) Материалы VII-й Всероссийской конференции (с международным участием) «История стоматологии»,* М: МГМСУ, 2013, с. 69-72.
6. *Лобанов А.Ю., Фенелoнова М.В. Московский областной Клинический Институт – Медицинский вуз и его профессорско-преподавательский состав. Материалы международной конференции «Медицинская профессура СССР. 6 июня 2013 г.»* М.: ФГБУ «НИИ Истoрии Медицины» РАМН, 2013, - С. 192-194.

7. Лобанов А.Ю., Паренькова О.Р. Работа 4-го московского государственного медицинского института в эвакуации во время Великой Отечественной войны. Материалы XII Всероссийской конференции с международным участием «Человек и война – глазами врача» Исторический опыт медицины в годы Великой Отечественной войны 1941-1945 гг.» - М.: МГМСУ, 2016 – С. 82-86.
8. Лобанов А.Ю. Московский Клинический Институт-Московский Областной Научно-Исследовательский институт (к 90-летию со дня создания и к 70-летию со дня включения в число научно-исследовательских институтов). Материалы международной конференции «Медицинская профессура СССР. 17 октября 2014 г.» М.: ФАНО «Национальный НИИ Общественного Здоровья», 2014, – С. 170-172.
9. А.Ю. Лобанов., А.И. Поль – первый профессор хирургической госпитальной клиники Московского университета (к 220-летию со дня рождения и 150-летию со дня смерти). Материалы международного симпозиума «Актуальные вопросы истории медицины и здравоохранения» М: Бюллетень Национального НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко. 2014, – С. 133-135
10. Лобанов А.Ю., Паренькова О.Р. Московский областной клинический институт – МЕДВУЗ в период индустриализации и коллективизации сельского хозяйства. «1917 ГОД. ЭПОХА ПЕРЕМЕН» (К СТОЛЕТИЮ ВЕЛИКОЙ РУССКОЙ РЕВОЛЮЦИИ): Материалы Всероссийской научной конференции с международным участием (28 ноября 2017 г.) в 2 т. Т. 1 : сб. статей / науч. ред. Г.В. Савицкий, Г.Б. Брагиров, А.В. Пахомов. – Оренбург : Издательство ОрГМУ, 2018. – С. 94-99.

РЕПРЕССИВНАЯ ПОЛИТИКА СОВЕТСКОГО ГОСУДАРСТВА И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА СМОЛЕНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА

С. В. Нагорная

Смоленский государственный медицинский университет

REPRESSIVE SOVIET POLICY AND ACTIVITY OF MEDICAL FACULTY OF THE SMOLENSK STATE UNIVERSITY

S. V. Nagornaya

Smolensk State Medical University

Аннотация: Исследуются результаты репрессивной политики советского государства в отношении высшего медицинского образования на примере деятельности медицинского факультета Смоленского государственного университета.

Ключевые слова: Репрессивная политика, медицинский факультет Смоленского государственного университета.

Abstract: Investigates the results of the repressive policies of the soviet state against the higher medical education on an example Medical Faculty of the Smolensk State University in the 1920-s.

Key-words: Repressive policy, Medical Faculty of the Smolensk State University.

Основными принципами государственной политики в сфере высшего образования в России после Октябрьской революции стали классовый подход и государственной контроль над деятельностью университетов. В литературе советского периода отражено, что власти пришлось преодолеть «...упорное сопротивление реакционных кругов старой профессуры для того, чтобы перестроить руководство высшей школой на новых началах» и принять новый университетский устав [1, с. 103]. Важным направлением реформ в 20-е годы XX века был курс на подготовку новых профессоров и преподавателей, не только принимающих, но и полностью разделяющих советскую идеологию.

Летом 1920 г. отделом медицинского образования Народного Комиссариата здравоохранения совместно с Главным комитетом по профессиональному образованию (Главпрофобром) разрабатывался проект «Положения о преподавателях высшей медицинской школы» [1]. В процессе обсуждений звучало предложение принять особые

меры, чтобы ассоциация профессоров «не выродилась в цех и не приняла кастовый характер» [2]. Согласно законодательным актам, принятым в 1920-1924 гг., высшими руководящими органами университета на местах стали правления, утверждаемые Главпрофобром. Главпрофобром и Научно-политической секцией Государственного Ученого Совета утверждалась кандидатура профессора для каждой кафедры любого вуза [3].

Несмотря на предпринимаемые меры, первый профессорско-преподавательский состав медицинского факультета Смоленского государственного университета (СГУ) отличался той особой «кастовостью», которая всегда отличала врачей русской школы. Уважительное отношение, добросердечность, профессиональное взаимопонимание особенно ярко проявлялись в сложные моменты. Так, при попытках закрытия вуза, сокращения его штатов в 1922 и 1924 гг. делалось все возможное, чтобы сохранить коллектив: вводились должности внештатных работников, осуществлялся временный перевод на пока пустующие кафедры [9]. Коллеги своевременно оказывали помощь друг другу. Например, профессору Е. О. Михайловскому и его жене были срочно организованы длительные командировки в Москву «по делам факультета», когда осенью 1920 г. в связи с приближением фронта профессору грозила высылка из Смоленска как лицу польской национальности [8]. Солидарность коллектива, сходство взглядов давали возможность противостоять неразумному вмешательству представителей студенчества, местных органов власти и общественных организаций в вопросы организации учебного процесса и решение хозяйственных проблемы. Это вызывало «активное негодование и недовольство Университетом местных демократических и широких общественных кругов, сказывающееся в отлив от него рабочего элемента» [7]. Но на заседаниях Совета факультета профессор И.М. Воронцов открыто выступал против того, что в университете хозяйничают «ячейки какие-то, которых очень много развелось» [4]. В 1925 г. студентом-коммунистом, членом президиума факультета, в бюро Смоленского губернского комитета РКП(б) была направлена докладная записка с критикой деятельности декана М. А. Дыхно (1922–1925 гг.). Он «проводит линию изолирования губздравотдела от работы в президиуме медфака, считает, что губотдел и Медсантруд не должны быть поставлены в курс всех вопросов» [5]. А вместо того, чтобы опираться на циркуляры Главпрофобра о необходимости учитывать социальное происхождение и политические взгляды, на факультете проводится подбор научных работников, «сплошь чуждых советскому строю» [6]. В том же году М. А. Дыхно уволился из СГУ и приступил к работе в Казанском университете.

В вопросе подготовки молодых преподавательских кадров профессора медицинского факультета СГУ будут и позднее придерживаться правила: работать только с одаренными и работоспособными, игнорируя их социальное происхождение и общественную деятельность. Согласно «Положения об институте студентов-выдвиженцев», принятого Наркомпросом в ноябре 1926 г., в стране был взят курс на окончательное вытеснение «социально чуждых» работников вузов молодыми представителями рабочих и крестьян. Правление СГУ выделило для его реализации от 25 до 50 % мест в аспирантуре. Но ряд профессоров, среди них – В. В. Станчинский, Я. Я. Алексеев, Г. Я. Гуревич-Ильин, выступили против такого подхода, категорически настаивая: научная работа никакого отношения к политике не имеет. Их протест нашел поддержку в позиции большинства в составе Ученого совета, и на медицинском факультете студентам было заодно отказано в праве быть избранными в Совет, куда вместо них ввели всех заведующих кафедрами [12, с. 70].

В сведениях отдела медобразования Главпрофобра указано, что все профессора и преподаватели медицинского факультета СГУ в начале 20-х годов беспартийные [10]. Партийная принадлежность кадрового состава факультета вообще не отмечена в многочисленных отчетах. Это объясняется тем, что только в 1925 г. среди работников появляется единственный член ВКП(б). Детальное обследование университета в январе 1927 г. выявило, что преподавательский коллектив «является крайне неудовлетворительным», «большинство педагогов университета представляют старую школу, и им с большим трудом придется приспособливаться к новым условиям работы и новой аудитории» [12, 68-72]. При этом беспартийный профессор Н. Н. Ровинский оставался ректором университета с 1923 г., и только в 1929 г. был уволен с отметкой в приказе о том, что не он может по политическим мотивам возглавлять советский вуз и быть профессором кафедры экономики социализма.

Таким образом, «коммунизация» медицинского факультета Смоленского университета не произошла даже к концу 20-х годов. По мнению историка Е. В. Кодина, волна репрессий, которым подверглись работники университета в этот период, доказывают, что партийный контроль над высшим образованием в губернии оказался явно недостаточным (Кодин 1995) [12, 78-80]. В резолюции бюро Смоленского губкома ВЛКСМ от 3 апреля 1929 г. среди прочих недостатков отмечено: «Политический хвостизм у части комсомольцев по отношению к профессуре и беспартийной массе студенчества, подхалимство и выступление отдельных комсомольцев против укрепления коммунистиче-

ской прослойки в составе профессуры и сознательное выдвижение в институт чуждых научных работников». Для исправления положения дел решено «...Провести беспощадную борьбу с круговой порукой и казенным благополучием, имеющим глубокие корни в университете. ... Добиться введения комсомольских представителей в правление университета, рабфака и деканата факультета. ...Поручить бюро коллектива поставить вопрос перед парторганизацией университета о пересмотре всего состава выдвиженцев по социальному положению. Поставить вопрос о ликвидации института сверхштатных выдвиженцев, а также урегулировать взаимоотношения со специалистами в сторону изжития подхалимства и разъяснения профессуре классовых задач выдвижения. ...В связи с большой засоренностью университета чуждым элементом, поставить вопрос через оргбюро перед ЦК ВЛКСМ о чистке университета». В 1928-1929 гг. «чистка» лишила медицинский факультет прекрасных ученых и педагогов: В. Н. Русских, М. О. Козьмин, Г. Я. Гуревич-Ильин, Н. А. Данилов, Н. Н. Иовлев [13, с. 57-59].

Таким образом, история медицинского факультета СГУ свидетельствует: несмотря на репрессивную государственную политику, в 20-е годы высшая медицинская школа страны старалась сохранить лучшие традиции университетского самоуправления, организации учебной и научной работы.

ЛИТЕРАТУРА:

1. ГАРФ. – Ф. 482. – Оп. 14. – Д. 15. – Л. 1-12; Ф. 1565. – Оп. 7. – Д. 1. – Л. 1-4.
2. ГАРФ. – Ф. А-482. – Оп. 14. – Д. 15. – Л. 10 об.
3. ГАРФ. – Ф. А-1565. – Оп. 7. – Д. 25. – Л. 56.
4. ГАРФ. – Ф. А-1565. – Оп. 7. – Д. 80. – Л. 161.
5. ГАРФ. – Ф. А-1565. – Оп. 7. – Д. 80. – Л. 161 об.
6. ГАРФ. – Ф. А-1565. – Оп. 7. – Д. 80. – Л. 163.
7. ГАСО. – Ф. 139.- Оп. 1. – Д. – 1. – Л. 39.
8. ГАСО. – Ф. 139. – Оп. 1. – Д. 40. – Л. 15, 16 об., 20, 21, 47.
9. ГАСО. – Ф. 139. – Оп. 1. – Д. 76. – Л. 410, 411, 413, 415, 416.
10. ГАСО. – Ф. 139.- Оп. 1. – Д. – 77. – Л. 46.
11. Ашурков, Е.Д. *Очерки истории здравоохранения СССР (1917-1956 гг.) / Е. Д. Ашурков [и др.]; под ред. М. И. Барсукова. – М.: Гос. изд-во медицинской литературы, 1957. – 395 с.*

12. *Кодин Е. В. «Смоленский нарыв» / Е.В. Кодин - Смоленск, 1995. – 113 с.*
13. *Нагорная С. В., Отвагин И. В., Остапенко В. М. Храм науки и труда. Медицинский факультет Смоленского государственного университета / С. Нагорная. – Смоленск, 2013. – С. 208.*

ФОРМИРОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ КАФЕДРЫ «ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ» В РНИМУ ИМ. Н.И. ПИРОГОВА

В.С. Полунин

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

Н.В. Полунина

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

THE FORMATION AND DEVELOPMENT OF THE DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH AND HEALTH CARE IN RNIMU THEM. N.I. PIROGOV

V.S. Polunin

Russian national research Medical University. N.I. Pirogov

N.V. Polunina

Russian national research Medical University. N.I. Pirogov

Аннотация: Статья посвящена анализу процесса становления общественного здоровья и здравоохранения в рамках профильной кафедры Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова с момента ее организации в 1924 году по настоящее время.

Ключевые слова: История, кафедра общественного здоровья и здравоохранения.

Abstract: The article is devoted to the development of public health and health care in the framework of Russian National Research Medical University N.I. Pirogov since its organization in the year 1924 to the present.

Key-words: History, Department of public health and health care.

Общественное здоровье и здравоохранение как наука и предмет

преподавания начала формироваться в Российской империи в конце XIX века – начале XX века. В г. Москве в 1906 г. в число предметов преподавания на медицинском факультете Высших женских курсов (МВЖК) была включена такая дисциплина, как общественная медицина, которую, начиная с 1910 г., в рамках гигиены преподавал профессор Лев Александрович Тарасевич. В 1912 году сформировалась самостоятельная кафедра «Общественная медицина с медицинской полицией и эпизоотией», руководителем которой был назначен профессор Петр Николаевич Диатроптов. Он совместно с Л.А. Тарасевичем занимался разработкой учебных программ и пособий, проведением научных исследований в этом направлении. В 1922 г. в учебные планы, которые были утверждены на заседании Государственного ученого совета (ГУС), протокол № 27 от 27 сентября 1922 г., для всех медицинских факультетов страны, была введена самостоятельная дисциплина – социальная гигиена.

В 1922/1923 учебном году была организована первая в нашей стране самостоятельная кафедра Социальной гигиены при 1-м МГУ, которая первоначально стала общей кафедрой для медицинских факультетов двух московских университетов (1 МГУ и 2 МГУ, бывшие МВЖК). Кафедру возглавлял нарком здравоохранения страны Николай Александрович Семашко.

Решение о создании самостоятельной кафедры социальной гигиены во 2-ом МГУ пришлось уже на 1923/1924 учебный год. Ректор 2-го МГУ С.С. Наметкин 22 февраля 1924 г. направил письмо в президиум Гигиенической предметной комиссии о решении создать самостоятельную кафедру социальной гигиены во 2-ом МГУ. Первым профессором кафедры с 11 марта 1924 г. был назначен Альфред Владиславович Мольков. С 3 мая 1924 г. кафедрой социальной гигиены 2 МГУ руководил крупный организатор советского здравоохранения Зиновий Петрович Соловьев. Проблемы социальной гигиены в 20-30-е годы 2-го МГУ имели особое значение в развитии профилактического направления в работе органов здравоохранения. После смерти З.П. Соловьева 6 ноября 1928 г. кафедра некоторое время не имела постоянного руководителя. Очень короткий период времени, с 1 января 1929 г. по 28 февраля 1930 г. кафедрой руководил общественный и партийный деятель Владимир Александрович Обух, являвшийся лечащим врачом В. И. Ленина и его семьи.

В 1930 году медицинский факультет 2-го Московского государственного университета был преобразован во 2-ой Московский медицинский институт. В этом же году был открыт первый в нашей стране и в мировой практике факультет для подготовки специальных

врачебных кадров по оказанию медицинской помощи матерям и детям. Первоначально это был факультет Охраны Материнства, Младенчества и Детства (ОММД) с двумя отделениями (отделение охраны материнства, младенчества и детства и отделение охраны здоровья детей и подростков). С 1 марта 1930 г. по 18 января 1931 г. исполняющим обязанности заведующего кафедрой социальной гигиены 2-го ММИ был ученый-гигиенист и историк медицины Илья Давыдович Страшун. С 18 января 1931 г. и по 1 апреля 1934 г. руководство кафедрой было возложено на сотрудника НКЗ РСФСР и СССР М.М. Ландиса.

В 1936 году был организован педиатрический факультет. В дальнейшем в рамках нового факультета стали создаваться свои самостоятельные социально-гигиенические кафедры, в том числе кафедры социальной гигиены с санитарной статистикой и социальной гигиены матери и ребенка. С 22 апреля 1931г. кафедру социальной гигиены матери и ребенка возглавил профессор Гецов Герасим Борисович, который являлся известным организатором системы охраны материнства и детства и руководителем первого в стране педиатрического факультета. В 1934 году кафедры социальной гигиены с санитарной статистикой и социальной гигиены матери и ребенка были объединены под руководством директора-заведующего кафедрой Григория Абрамовича Баткиса, который оставался на этом посту до 1959 года.

По приказу ВКВШ от 7 марта 1941 г. произошло всеобщее переименование кафедр социальной гигиены медицинских вузов в кафедры Организации здравоохранения. В связи с болезнью Г.А. Баткиса 5 февраля 1959 г. временно исполняющей обязанности заведующей кафедрой была назначена доцент Ольга Васильевна Гринина, а 8 сентября 1960 г. ее сменил Евгений Дмитриевич Ашурков, который одновременно являлся директором Института организации здравоохранения и истории медицины им. Н.А. Семашко. С 30 сентября 1961 г. до 1 сентября 1963 г. заведующей кафедрой вновь была назначена О.В. Гринина.

1 сентября 1963 года заведующим кафедрой Организации здравоохранения был избран известный не только в нашей стране, но и за рубежом ученый, эрудированный лектор, выдающийся организатор и замечательный человек Юрий Павлович Лисицын, академик РАМН, доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки РФ, который на протяжении 50 лет руководил кафедрой. В 1966 году по инициативе Ю.П. Лисицына и при поддержке Минздрава СССР кафедры организации здравоохранения были переименованы в кафедры социальной гигиены и организации здравоохранения. В 1967 году в новую программу для студентов лечебного и педиатрического факультетов по предложению кафедры 2-го МОЛГМИ им. Н.И. Пиро-

гова, одобренную на I Всесоюзном симпозиуме по социальной гигиене и организации здравоохранения, были включены вопросы, связанные с социально-гигиеническими проблемами состояния здоровья отдельных групп населения, образа жизни и его роли в формировании здоровья, проблемы экономики, планирования и организации здравоохранения.

На совещании заведующих профильными кафедрами в 1999 г. было принято решение о переименовании кафедры и научной дисциплины, которые с 1 января 2000 г. в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации получили современное название – «Общественное здоровье и здравоохранение». С момента организации в 1924 году кафедры по настоящее время проводилось ежегодное преподавание знаний в области общественного здоровья и здравоохранения студентам, интернам, ординаторам, аспирантам, слушателям факультета повышения квалификации, издавались профильные учебники, методические пособия, учебные программы, научные статьи. Базой для обучения студентов, врачей и руководителей здравоохранения по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение» являются различные по профилю поликлинические и стационарные медицинские организации, где обучаемые подробно знакомятся с особенностями функционирования и оказания медицинской помощи пациентам с различными нарушениями здоровья, а также с организацией профилактики заболеваний человека и освоением принципов здорового образа жизни, что служит самым действенным фактором укрепления и восстановления здоровья населения нашей страны независимо причины заболевания.

Научные направления, созданные академиком РАН Ю.П. Лисицыным, продолжают развиваться и в настоящее время. С 2011 года кафедру возглавила ученица Юрия Павловича д.м.н., профессор, член-корр. РАН Полунина Наталья Валентиновна, которая продолжила традиции, заложенные ее предшественниками. К одному из ведущих научных направлений относится проведение комплексных социально-гигиенических и клинико-социальных исследований по изучению состояния здоровья и условий жизни различных возрастно-половых, социальных и профессиональных групп населения. Результатом выполненных исследований явилась разработка концепции формирования здоровья и эволюции профилей патологии, роли образа жизни в сохранении здоровья. Особое место занимают исследования, посвященные совершенствованию организации медицинской помощи населению, оценке качества медицинской помощи, обоснованию эффективности деятельности медицинских организаций.

В 2013 году Б.Т. Величковский и Н.В. Полунина на основе анализа

проблем жизнеспособности нации с привлечением данных экономики, демографии, социологии, физиологии генетики, психологии, медицины указали на потребность формирования новой интегральной науки – социальной биологии человека.

Большую роль в дальнейшей разработке проблем общественного здоровья и здравоохранения играет диссертационный совет Д 208.072.06 Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, на заседаниях которого рассматриваются диссертационные исследования на соискание ученой степени доктора и кандидата медицинских наук по специальностям, входящим в раздел Профилактическая медицина: 14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение и 14.02.01 – Гигиена из различных регионов России.

Профессора кафедры участвуют в работе редколлегии различных профильных журналов и диссертационных советов, в подготовке профессиональных стандартов.

Зав. кафедрой Н.В. Полунина также активно участвует в реализации основных практических и теоретических задач дисциплины общественное здоровье и здравоохранение, работая над ней в рамках Национальной медицинской палаты России, Общественной палаты г. Москвы и профильного экспертного совета ВАК.

Паспорт научной специальности, утвержденной приказом ВАК МОН РФ – 14.02.03 - Общественное здоровье и здравоохранение - включает изучение закономерностей общественного здоровья, воздействия социальных условий и факторов внешней среды на здоровье населения с целью разработки стратегии и тактики здравоохранения, совершенствования медицинской помощи населению и предусматривает проведение исследований по теоретическим и практическим проблемам охраны здоровья населения, образа жизни, социально-гигиенических аспектов состояния здоровья населения, демографических процессов, заболеваемости, физического развития, управления и организации медицинской помощи, реабилитации, качества различных видов помощи, медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, деятельности медицинских работников, проблем экономики, планирования, менеджмента и маркетинга, потребности населения в медицинской помощи, обязательного и добровольного медицинского страхования населения в России и за рубежом.

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения, экономики здравоохранения Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова является признанным

лидером в области общественного здоровья и здравоохранения высшей медицинской школы, коллектив которой пользуется глубоким уважением и заслуженным авторитетом среди коллег по научной и педагогической деятельности, сотрудников и студентов университета. Это коллектив, которому по плечу решение самых сложных задач, стоящих перед обществом, системой здравоохранения, фундаментальной наукой.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Баткис Г.А. *Социальная гигиена. Санитарное состояние населения и санитарная статистика*. М.: 1936. 289 с.
2. Баткис Г.А. *Организация здравоохранения: Учебник*. М.: 1948. 566 с.
3. Баткис Г.А., Лекарев Л.Г. *Социальная гигиена и организация здравоохранения: Учебник*. М.: Медицина, 1969, 599 с.
4. *Социальная гигиена и организация здравоохранения*. Под ред. А.Ф. Серенко и В.В. Ермакова. 2 изд. М.: Медицина, 1984, 640 с.
5. *Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения: В 2-х томах*. Под ред. Ю.П. Лисицына. М.: Медицина, 1987, 432 с.
6. Лисицын Ю.П., Полунина Н.В. *Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник*. М.: Медицина, 2002, 416 с.
7. Лисицын Ю.П., Полунина Н.В., Розанова И.Е.. *Очерк истории кафедры общественного здоровья и здравоохранения РГМУ. Лечебное дело, 2008, 4, С. 94-99.*
8. Полунина Н.В. *Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник*. М.: 2010. 544 с.
9. Лисицын Ю.П. *Моё познание жизни*. М.: 2013. 352 с
10. Величковский Б.Т., Полунина Н.В. *Социальная биология человека. Введение в научную специальность*. М.: Тигле, 2013, 240 с.
11. Величковский Б.Т., Полунина Н.В. *Научные биологические основы становления социального государства в России*. М.: Тигле, 2016, 88 с.

ПРОФЕССОРА ЮЖНО-УРАЛЬСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА В АКАДЕМИИ НАУК РОССИИ

Ю.А. Тюков, И.С. Тарасова, Е.Ю. Ванин
ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский
университет»

PROFESSORS OF THE SOUTH URAL STATE MEDICAL UNIVERSITY - IN THE RUSSIAN ACADEMY OF SCIENCES

Yu.A. Tyukov, I.S. Tarasova, E.Yu. Vanin
South Ural State Medical University

Аннотация: история получения академических званий и формирование научных школ профессорами Южно-Уральского государственного медицинского университета: Вазениным А.В., Долгушиным И.И., Захаровым Ю.М., Коваленко В.Л.

Ключевые слова: профессор, академик, Российская академия наук, научная школа.

Abstract: The article is devoted to the professors of the South Ural State University: Vazhenin A.V., Dolgushin I.I., Zakharov Yu.M., Kovalenko V.L., the history of academic ranks obtained and the scientific schools foundation.

Key-words: professor, academician, Russian Academy of Sciences, scientific school.

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» был создан Приказом Наркомздрава СССР № 403 от 22.06.1944 года как Челябинский медицинский институт на базе эвакуированного из Киева медицинского института. После отъезда киевлян в Челябинске осталось 147 преподавателей и сотрудников, среди которых было всего 7 докторов медицинских наук. За более чем семидесятилетнюю историю в вузе значительно вырос научный уровень профессорско-преподавательского состава, сформировались научные школы.

Старейшая из них — терапевтическая, основателем которой были выдающиеся советские клиницисты – академик АМН СССР П.Е. Лукомский, профессор М.В. Бургсдорф, академик АМН Украинской ССР М.М. Губергриц. Хирургическая научная школа формировалась

учениками московской, ленинградской, киевской хирургической школ, профессорами С.М. Калмановским, И.Д. Корабельниковым, Г.Д. Образцовым. Продолжателями школы стали профессора Ю.И. Мальшев, В.А. Крижановский, В.А. Привалов, А.А. Фокин, Н.Е. Повстяной и другие.

Школу патофизиологов основал профессор Р.А. Дымшиц, а его ученики профессор Г.К. Попов и академик РАН Ю.М. Захаров достойно продолжили сформировавшееся научное направление. Южно-Уральская школа микробиологов и иммунологов основана заслуженным деятелем науки РФ, профессором Л.Я. Эбертом. Многочисленные ученики Льва Яковлевича: академики РАН И.И. Долгушин и О.В. Бухарин, профессора С.Н. Теплова и Л.Ф. Телешева внесли большой вклад в дальнейшее развитие иммунологии. Научная школа патологоанатомов на Южном Урале создана членом-корреспондентом РАН В.Л. Коваленко. Активно развивается школа радиационной онкологии, контактной и дистанционной лучевой терапии под руководством заслуженного врача РФ академика РАН А.В. Важенина. Научные школы ЮУГМУ известны не только в нашей стране, но и далеко за ее пределами. Многими профессорами, внесшими значительный вклад в отечественную медицинскую науку, гордится наш университет, но особенную гордость заслужили профессора, которым было присвоено звание члена-корреспондента или действительного члена Академии медицинских наук СССР, а в последующем Российской академии наук [Тюков, 2010; Розенфельд, 2011, Энциклопедия, 2015].

Первым удостоился звания академика РАМН (2000 г.) профессор Ю.М. Захаров, в течение 37 лет заведовавший кафедрой нормальной физиологии. Ещё студентом Юрий Михайлович принимал активное участие в общественной жизни вуза, был членом дискуссионного студенческого клуба, работал в научном кружке на кафедре биохимии под руководством профессора Р.И. Лившица.

После окончания института Ю.М. Захаров поступил в аспирантуру при кафедре патологической физиологии, руководимой одним из учеников академика А.А. Богомольца профессором Р. А. Дымшицем. Исследовательское направление кафедры того периода времени «Физиология и патофизиология системы крови» на долгие годы определило научные интересы Ю.М. Захарова. В докторской диссертации, защищенной в 1974 году, была обоснована оригинальная концепция авторегуляторного механизма контроля новообразования эритроцитов в костном мозге.

В середине семидесятых годов Ю.М. Захаров был командирован Минздравом СССР в Гвинейскую Республику, где в течение четырех

лет возглавлял кафедру нормальной и патологической физиологии медицинского факультета Конакрийского политехнического института. Именно здесь с небольшим количеством советских и гвинейских коллег начал исследование особенностей системы крови в норме и при различных анемиях у коренных жителей Гвинеи. Одновременно выступил с инициативой и стал руководителем работы сотрудников медицинского факультета по изучению закономерностей адаптации европейцев к условиям влажных жарких тропиков. Тема эта была очень актуальной, так как у многих прибывших из СССР на работу в Гвинею тяжело протекала адаптация, наблюдались дезадаптационные срывы. Проведенное исследование выявило отягощающие адаптацию к тропикам факторы и позволило разработать рекомендации, направленные на предотвращение нарушений здоровья.

В последующем Юрий Михайлович продолжил эти исследования и создал концепцию об эволюции параметров системы крови у человека, изменявшихся в зависимости от географической среды обитания человека. За это коллеги избрали его президентом Челябинского регионального отделения международного союза «Экология человека».

В начале 80-х годов Ю.М. Захаров работал в качестве стипендиата ВОЗ в лаборатории всемирно известного гематолога М. Бессиса во Франции, в Институте патологии клетки, где совместно с М. Преном разработал две новые технологии культивирования вне организма эритробластических островков костного мозга.

Продолжение этих исследований после возвращения позволило Ю.М. Захарову и его ученикам раскрыть фундаментальные закономерности активации эритропоэза в эритробластических островках при компенсации дефицита эритроцитов в организме, других формах кислородного голодания, вскрыть сущность клеточно-молекулярных механизмов, обеспечивающих эти процессы. Новым приемам исследования эритропоэза, которые были разработаны в лаборатории под руководством профессора Ю.М. Захарова, обучались специалисты различных научных центров и медицинских институтов Советского Союза и стран социалистического содружества. Важной вехой в проведении научных исследований стала разработка технологии количественного и качественного анализа эритробластических островков костного мозга у человека. Применение новых приемов исследования кроветворения у больных с разными формами анемий позволило изучить ранее неизвестные стороны нарушения эритропоэза при этих заболеваниях.

Работа Юрия Михайловича Захарова в Петерсоновских лабораториях у профессора Т.М. Декстера в Манчестере (Англия) была

связана с исследованием в долговременных жидких культурах костного мозга нарушения межклеточных взаимодействий у мышей-мутантов «стальной» линии и значение этих нарушений для формирования эритроцитов.

В 1997 году по поручению Президиума РАМН Ю.М. Захаров возглавил в качестве директора первый в структуре РАМН «Южно-Уральский научный центр Российской академии медицинских наук», который охватывал научный потенциал 5 субъектов РФ. В 2010 году ЮУНЦ РАМН стал лауреатом конкурса «100 лучших научно-исследовательских учреждений и организаций России».

По результатам своих исследований опубликованных в монографиях «Система крови и неспецифическая резистентность в экстремальных климатических условиях», 1992, «Молекулярная структура мембран эритроцитов и их механические свойства», 1997, семи учебников, в том числе «Основы физиологии человека» — т. 1 и 2, 1994, «Физиологические основы здоровья человека», 1991, «Физиология человека (Compendium), 1996. Второе и третье переработанное и дополненное издание вышло из печати в 2003 и 2009 годах, Юрий Михайлович в 1997 году был избран членом-корреспондентом, а в 2000 году - академиком РАМН по специальности «нормальная физиология» по отделению медико-биологических наук. В 1999 году ему присвоено звание «Заслуженный деятель науки РФ». С 2014 года он был избран академиком РАН.

В 2008 году он стал лауреатом национальной премии «Призвание» за открытие фундаментальных законов развития красных клеток и создание нового метода диагностики, а в 2010 году Независимым общественным Советом Комитетов ГД РФ по образованию, науке и наукоемким технологиям и Комитета Совета Федерации по науке и образованию Юрию Михайловичу был присужден Почетный знак «Ученый года». Ю.М. Захаров избирался членом Нью-Йоркской академии наук, членом Ордена братства ученых (Кембридж).

В 2004 году в качестве члена-корреспондента Российской академии медицинских наук был избран Илья Ильич Долгушин, Заслуженный деятель науки РФ (1999 г.) Основным направлением его научной деятельности является клиническая и экспериментальная иммунология, изучение биологически активных продуктов нейтрофилов, обоснование роли нейтрофилов в регуляции различных звеньев гомеостаза. И.И. Долгушин и его ученики впервые из секреторных продуктов нейтрофильных гранулоцитов выделили пептиды, обладающие иммуностимулирующими и иммуносупрессорными свойствами.

Ученым выполнены фундаментальные исследования по иммунологии ожоговой и травматической болезни, иммунологии воспалительных заболеваний репродуктивной системы. Впервые установлены универсальные закономерности и механизмы развития иммунодефицита после травматических повреждений различного генеза, предложены новые оригинальные подходы к иммунокорректирующей терапии при травме.

Обосновано участие нейтрофильных внеклеточных ловушек, ранее неизвестной функции гранулоцитов, в защите и регуляции микробиоценозов слизистых оболочек, установлена важная роль нейтрофильных внеклеточных ловушек как в защитных антимикробных реакциях, так и в развитии различных патологических процессов, созданы новые методы определения ловушек в крови и мукозальных секретах.

Илья Ильич автор более 500 научных работ, десяти монографий среди которых: «Иммунология травмы», 1988, «Кератоакантома», 1991, «Нейтрофилы и гомеостаз», 2001, «Латентная сенсбилизация», 2005, нескольких учебников и учебных пособий, автор 22 изобретений и патентов (Тюков, 2010; Розенфельд Л.Г., 2011; Академик Долгушин, 2017).

В течение трёх лет, в начале восьмидесятых годов, И.И. Долгушин заведовал кафедрой микробиологии и иммунологии в Университете Конакри (Гвинея). С 2005 года, в течение десяти лет, был ректором, а затем Президентом Челябинской государственной медицинской академии, в последующем Южно-Уральского государственного медицинского университета. В настоящее время заведует кафедрой микробиологии, вирусологии и иммунологии ФГБУ ВО ЮУГМУ, профессор, директор НИИ иммунологии. С 1998 года руководит группой экспериментальной иммунологии проблемной лаборатории «Экспериментальная и экологическая физиология системы крови, иммунологии и цитогенетики» Южно-Уральского научного центра РАМН. Традиционно, более 20 лет в Челябинске под его председательством проводится научная конференция «Факторы клеточного и гуморального иммунитета при различных физиологических и патологических состояниях». В 2014 году он был избран членом-корреспондентом Российской академии наук, с 2016 – действительным членом РАН. И.И. Долгушин входит в состав президиума Всероссийского общества иммунологов.

Доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач РФ Вадим Андреевич Владимирович в 2004 году был избран членом-корреспондентом РАМН, а в 2016 году – академиком РАН по отделению медицинских наук.

После окончания лечебного факультета Челябинского государственного медицинского института и клинической ординатуры на кафедре онкологии приступил к работе в Челябинском областном клиническом онкологическом диспансере в качестве врача-радиолога, а с 1992 года назначен заведующим радиологического отделения.

В 1986 году А.В. Важенин защитил кандидатскую диссертацию в Сибирском филиале ОНЦ РАМН (г. Томск) под руководством профессоров Л.Я. Эберга и Е.И. Бехтеревой, 1993 году — докторскую диссертацию в Московском научно-исследовательском рентгено-радиологическом институте, научный руководитель Академик РАМН, профессор В.П. Харченко.

С 1998 года в качестве главного врача возглавляет Челябинский областной клинический онкологический диспансер, теперь Челябинский окружной клинический центр онкологии и ядерной медицины и одновременно избирается заведующим кафедрой Онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии Южно-Уральского государственного медицинского университета.

Академик А.В. Важенин — крупный ученый в области онкологии и радиологии. Основные направления научной деятельности связаны с разработкой схем комбинированного, органосохранного лечения злокачественных новообразований и радиационной онкологии, в частности применение плотной ионизирующих излучений, радиохирургии, радиомодификации, исследование первичной множественности злокачественных опухолей.

А.В. Важениным создана оригинальная научная онко-радиологическая школа на Урале, под его руководством врачами Российской Федерации, Казахстана, Франции и Палестины защищена 131 диссертация, в том числе — 15 докторских. По результатам проводимых исследований опубликовано более 430 научных работ, в том числе 17 монографий, получено 36 патентов на изобретения.

Андрей Владимирович является инициатором, автором, разработчиком и участником целого ряда масштабных и уникальных научно-практических конверсионных работ, проводимых Челябинским окружным клиническим центром онкологии и ядерной медицины и его кафедрами совместно с Федеральным ядерным центром — ВНИИТФ и Правительством Челябинской области. Это — Уральский центр нейтронной терапии, новые для российского здравоохранения центры: онкоофтальмологии, пластической и реконструктивной онкологии, паллиативной онкологии, термотерапии, фотодинамической терапии, кардио-онко-ангиоцентр, хирургии опухолей печени и поджелудочной железы.

В 2010 году под руководством А.В. Важенина в Челябинске построен и запущен первый (вне федеральных центров — Москвы и Санкт-Петербурга) центр позитронно-эмиссионной терапии. В следующем году освоена работа на комплексе «Кибер-нож», открыто отделение радионуклидной терапии, центр позитронно-эмиссионной томографии в Магнитогорске. В 2016 году в центре позитронно-эмиссионной томографии в Снежинске (ВНИИТФ — Федеральный ядерный центр) получен первый радиофармпрепарат на отечественном циклотроне. Все перечисленное позволило создать в городе Челябинске и Челябинской области один из передовых в России — Челябинский окружной клинический центр онкологии и ядерной медицины. Активно ведется работа по созданию отечественного гамма-терапевтического аппарата на базе ПО «МАЯК» и центра протонной терапии в Челябинской области.

Академик А.В. Важенин — главный специалист онколог Министерства здравоохранения Челябинской области, главный радиолог Уральского федерального округа, главный внештатный специалист - радиолог Минздрава России в УрФО, член Европейской Ассоциации радиологов и онкологов. С 2015 года он сопредседатель межведомственной рабочей группы «Развитие технологий ядерной медицины в Уральском федеральном округе» при Полномочном представителе Президента РФ в УрФО. В сентябре 2017 года избран Президентом Общества ядерной медицины Российской Федерации.

Андрей Владимирович активно занимается общественной работой, неоднократно избирался членом Общественной Палаты Челябинской области, является Депутатом Законодательного собрания Челябинской области. В 2014 году стал победителем Всероссийского конкурса «Лучший врач года» в специальной номинации, как врач, внесший значительный личный вклад в развитие здравоохранения РФ.

За большой вклад в развитие онкологической службы Челябинской области, существенный вклад в развитие ядерной медицины А.В. Важенин награжден многими наградами, является «Почетным гражданином города Челябинска». Он член редколлегий журналов «Вестник хирургии им. И.И. Грекова», «Российского онкологического журнала», «Онкология — журнал им. П.А. Герцена», «Сибирского онкологического журнала», «Паллиативная медицина и реабилитация», «Медицинская физика», «Проблемы клинической медицины», «Креативная онкология и хирургия», «Лучевая диагностика и лучевая терапия», «Опухоли органов головы и шеи».

Ведущую на Южном Урале научную школу патологоанатомов основал член-корреспондент РАН (с 2014 г.), заслуженный деятель

науки РФ, действительный член Международной академии патологии, доктор медицинских наук, профессор Владимир Леонтьевич Коваленко.

В.Л. Коваленко является членом Президиума Российского общества патологоанатомов, председателем координационного Совета ассоциаций патологоанатомов Урала и Западной Сибири, главным внештатным патологоанатомом Минздрава РФ в Уральском федеральном округе. По его инициативе в 1990 г. в Челябинске создано одно из первых в России областное патологоанатомическое учебно-научно-практическое объединение. Его активная творческая деятельность способствовала повышению уровня научно-исследовательской работы по актуальным проблемам патогенеза и патологической анатомии заболеваний населения Южного Урала, способствовала повышению качества прижизненной и посмертной патологоанатомической диагностики, клинко-анатомического анализа, обеспечила подготовку на высоком уровне студентов, научных работников, педагогов, практических патологоанатомов.

После окончания Омского государственного медицинского института, Коваленко В.Л. обучался в очной аспирантуре на кафедре патологической анатомии, выполняя кандидатскую диссертацию под руководством основателя омской школы патологов проф. И.С. Новицкого, защита прошла в 1966 г.

За 15 лет работы в Омском медицинском институте В.Л. Коваленко прошел все этапы становления научного работника — от аспиранта до защиты докторской диссертации в институте клинической и экспериментальной онкологии АМН СССР под руководством профессоров Н.Т. Райхлина и А.С. Зиновьева.

Основные направления научной деятельности В.Л. Коваленко и его учеников касаются изучения патогенеза и патологической анатомии воспалительных и опухолевых заболеваний легких. Им установлена природа периферических гемартом легких взрослых, показана роль грибковой флоры в развитии легочной патологии у населения Южного Урала, проживающего в сложной экологической ситуации, описан ряд малоизвестных в России пневмомикозов.

Признаны работы В.Л. Коваленко и его учеников по патогенезу и патологической анатомии пневмоний и хронического бронхита, хронического гастрита и приобретенных эпителиальных полипов желудка, алкогольной болезни, патоморфозу туберкулеза, его отдаленных последствий, по так называемому стероидному туберкулезу.

Членом-корреспондентом РАН В.Л. Коваленко опубликовано около 450 научных работ, в том числе 22 монографии. Под его руко-

водством и научном консультировании выполнено 13 докторских и 49 кандидатских диссертаций.

Вместе с академиком РАН М.А. Пальцевым и членом-корреспондентом РАН Н.М. Аничковым профессор В.Л. Коваленко соавтор «Руководства по биопсийно-секционному курсу», 2002, переиздание, 2004, 2006 гг.

В 2008 г. вместе с группой московских ученых В.Л. Коваленко стал лауреатом премии Правительства Российской Федерации за создание учебно-образовательного комплекса «Патологическая анатомия» для образовательных учреждений высшего профессионального образования.

Под руководством и с непосредственным участием профессоров В.Л. Коваленко и Е.Л. Казачкова группа исследователей осуществляет изучение экологической патологии у населения Южного Урала, установлена зависимость частоты и характера полипатий от выраженности кумуляции в организме ряда токсических микроэлементов.

Обобщение результатов исследований учёных-патологов южно-уральской школы патологоанатомов позволяет заключить, что на протяжении 20-летнего периода имеет место неуклонное изменение клинко-морфологической картины не только инфекционной, но и неинфекционной патологии, что происходит под влиянием внешних воздействий на эндоэкологическую ситуацию в организме и связано с глобальными трансформациями среды обитания человека. Учение о патоморфозе инфекционных и неинфекционных болезней на современном этапе развития медицинской науки получает новый толчок для своего развития.

В апреле 2004 г. Европейская академия естественных наук (Германия) и Европейская академическая комиссия по наградам наградили В.Л. Коваленко почётной медалью Рудольфа Вирхова за заслуги в фундаментальной медицине и патологической анатомии. В декабре 2008 г. вместе с учеными Москвы и С.-Петербурга удостоен премии Правительства РФ в сфере образования, а правительством Челябинской области награжден почетным знаком «За заслуги перед Челябинской областью».

Школа челябинских патологоанатомов, возглавляемая В.Л. Коваленко, известна также своими исследованиями ятрогенных заболеваний, разработкой научных основ организации патологоанатомической службы.

Ученики Владимира Леонтьевича: профессора Е.Л. Казачков, Е.Л. Куренков, Р.У. Гиниатуллин, А.А. Казимирова продолжают дело

учителя по изучению экологической патологии у населения Южного Урала зависимости полипатий от выраженности кумуляции в организме некоторых микроэлементов. Ежегодно в действующем в вузе диссертационном совете по специальности патологическая анатомия докторские и кандидатские диссертации защищают ученики члена-корреспондента РАН Коваленко В.Л и ученики его учеников.

Ученые ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет», являющиеся членами-корреспондентами и действительными членами Российской академии наук составляют профессиональную платформу подготовки высокопрофессиональных специалистов, увлеченно продолжающих научный поиск в избранном направлении. Среди них можно назвать имена молодых докторов наук Чулкова В.С., Богданова Д.В., Бондаревского И.Я., Осикова М.В., Сизоненко М.Л., Абрамовских О.С., уже известных в научном мире, представляющих будущее университета.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Токов Ю.А., Тарасова И.С. От первого лекаря до современной системы организации медицинской помощи на Южном Урале : учеб. пособие -Челябинск: Изд-во «Челяб. гос. мед. акад.», 2010. 164 с.
2. Розенфельд Л.Г., Тарасова И.С. Золотой фонд Челябинской государственной медицинской академии // Медицинская профессура СССР. Краткое содержание и материалов докладов научной конференции 20 мая 2011 г. – М.: Изд-во «Шико», 2011. С. 233-236.
3. Академик Долгушин Илья Ильич (К 70-летию со дня рождения) // «Цитокины и воспаление», 2017, № 1/2. С. 56
4. Южно-Уральский государственный медицинский университет: энциклопедия / ред. коллегия: И.И. Долгушин (пред.), И.А. Волчегорский [и др.]. – Изд. 2-е испр. и доп. – Челябинск: Издательство Южно-Уральского государственного медицинского университета, 2015. 767.[1]с.

МЕДИЦИНА В ПЕРИОД ВОЕННЫХ КОНФЛИКТОВ

ВОЕННО-САНИТАРНОЕ ДЕЛО В РУССКОЙ АРМИИ В ПЕРИОД ВОЕННОЙ КАМПАНИИ 1812 ГОДА

И.Е. Горолевич

Калужский областной исследовательский и культурно-просветительский центр «ГАРАЛЬ» (г. Калуга, Россия),

А.А. Илюхин

*Калужская областная клиническая больница. Музей медицины
(г. Калуга, Россия).*

MILITARY-SANITARY CASE IN THE RUSSIAN ARMY DURING THE MILITARY CAMPAIGN OF 1812

I.E. Gorolevich

*Kaluga regional research and cultural
and enlightenment center «GARAL'» (Kaluga . Russia)*

Ilyukhin A.A.

Kaluga regional hospital. Museum of medicine (Kaluga . Russia).

Аннотация: Статья посвящена малоизвестному вопросу состояния военно-санитарного дела в русской армии в период войны 1812 года, сделан краткий обзор общего состояния военно-санитарного дела в России конца XVIII - начала XIX века на примере военно-временных госпиталей Калужской губернии.

Abstract: This article dedicated to the topic about condition military-sanitary case in Russian army during the military campaign of 1812. We made a short overview about condition military-sanitary case in Russia end of the late 18th century and early 19th century on an example of temporary military hospitals in Kaluga Province.

Ключевые слова: Военно-санитарное дело в армии, Я.В. Виллие, войны 1805-1812 годов.

Key-words: Military-sanitary case in the Russian army, J.V. Villie, the war of 1805-1812.

Изучение истории военной кампании 1812 года невозможно без рассмотрения вопроса медицинского и ветеринарного обеспечения

русской армии. Но этот вопрос столь масштабен, специфичен и малоизучен, что требует от исследователя крайней осторожности в его изложении. Поэтому коснёмся только вопроса военно-санитарного дела.

В России военно-санитарное дело никогда не отличалось хорошей организованностью и подготовленностью. В первой половине XVII века в армии почти вовсе не было врачей. Грамотой царя повелевалось воеводам за неимением лекарей «самим осматривать больных всех и тех, кому от болезней лёгости нет, отпускать по домам», выдавая на руки на «лечбу» деньги, а где и как лечиться – предоставлялось на усмотрение каждого. Первый в России «военно-временный госпиталь» был открыт в Москве в 1678 г., в который поместили 535 раненых после Чигиринских боёв (Змеев Я.Ф. 1886). Но первые постоянные военные госпитали были открыты только Петром I в Москве (1707), в С.-Петербурге (1716) и, далее, в Киеве, Ревеле и Риге. Одновременно были созданы полевые и дивизионные лазареты (шпитили) (Алелеков А.Н. 1907). Но этого было слишком мало для военно-санитарного обслуживания всей армии, и масса раненых умирала на полях сражений без всякой пищи и без какой-бы то ни было помощи.

В период наполеоновских войн начала XIX в. ситуация в военно-санитарном деле изменилась мало. Так, после сражения под Аустерлицем (1805) тысячи раненых были оставлены на месте сражения; после битвы при Эйлау (1807) в Кенигсберге скопилось до 18 тыс. раненых русских, пруссаков и французов, помощь которым была оказана лишь на третий день; после «битвы народов» при Лейпциге (1813) ещё на седьмой день приносили раненых с поля боя. При этом огромным было число тех раненых, которые умирали на поле боя, не получив никакой помощи или просто от голода (Урланис Б.Ц. 1994). Следует отметить, что после сражения при Бородино (1812) 31,5 тыс. раненых русских воинов были брошены на голодную смерть без медицинского вспоможения в Можайске и сгорели в пожарах Москвы.

Начало XIX века было ознаменовано в России многочисленными военными конфликтами, что требовало более рачительного отношения к профессиональным военным и снижению уровня безвозвратных потерь посредством повышения роли военно-санитарной службы. Восполнению дефицита врачей способствовало открытие ряда новых медицинских учебных заведений. К 1812 г. медицинские кадры готовили уже не только Московский университет и Медико-хирургическая академия (МХА), но и новые: Дерптский (1802), Казанский (1804) и Харьковский (1805) университеты. Именно МХА сформировала костяк военно-врачебного корпуса русской армии, выпустив по Петербургскому отделению в период 1801-1812 гг. более 550 лекарей, а по Москов-

скому в 1811-1812 гг. - 53 врача. Большинство из них, являясь во время обучения казёнными воспитанниками, пополнив отряд врачей армии и флота, были лучше других подготовлены к военно-врачебной деятельности, особенно в области хирургии (Алелеков А.Н. 1907).

В 1812 г. общее управление медицинской службой Российской армии осуществлял Медицинский департамент Военного министерства во главе с директором Яковом Васильевичем Виллие (Долинин В.А. 1984). Шотландец по происхождению, после окончания Эдинбургского университета он поступил на российскую службу, начав свою карьеру полковым лекарем Елецкого пехотного полка, а уже через 9 лет, в 1799 г., был назначен лейб-хирургом императора Павла I и цесаревича Александра Павловича, участвовал во многих сражениях 1805-1807 гг. С 1806 г. и до своей смерти Я.В. Виллие занимал должность главного инспектора медицинской части по армии, а в 1812-1836 гг. – директор Медицинского департамента Военного министерства.

Энергичный и деятельный Я.В. Виллие реорганизовал медицинскую службу русской армии, разработал Положения: «О госпиталях и лазаретах в мирное и военное время», «О дивизионных и корпусных штаб-докторах», «О службе и порядке чиновпроизводства военных врачей», «О рекрутских наборах», под его редакцией в 1808 г. была составлена полевая фармакопея. За свой счёт он выписал из Великобритании образцы хирургических инструментов и организовал их производство в России. Разработал и внедрил в практику новую систему оказания медицинской помощи раненым. Благодаря его усилиям в 1811-1813 гг. возросло число временных военных госпиталей. В военную кампанию 1812 года Я.В. Виллие находился при действующей армии, руководил медицинской службой и лично проводил хирургические операции, был в сражениях при Витебске, Смоленске, Бородино (в день битвы лично сделал 200 хирургических операций), Тарутино, Малоярославце, Вязьме, Красном и др. (Энцикл. Отечественная война 1812 года 2004: 122).

Госпитальное дело (за исключением лечебной части) находилось в ведении Комиссариатского департамента того же министерства. По «Учреждению для управления Большой действующей армии» от 27.01.1812 г., разработанным под руководством военного министра Барклая де Толли, главой медицинской службы определён главный доктор, в армиях – штаб-доктора, в дивизиях – дивизионные штаб-лекари, в полках – полковые лекари. Госпитальной частью ведал директор госпиталей, аптечной – инспектор аптечной части. Директору госпиталей был подчинён главный комиссар, ведавший развозными и подвижными госпиталями. При главном докторе (или при главном

полевом военно-медицинском инспекторе) состояли: главный медик, главный хирург, главный аптекарь, секретарь с канцелярией.

Главный доктор и генерал-штаб-доктор армии ведали распределением медицинских чиновников и аптекарей по госпиталям, выбором мест для их дислокации, контролировали лечение раненых и больных, в день сражений находились при развозных госпиталях.

Главному доктору подчинялись по специальности армейские полевые генерал-штаб-доктора, а последним (в медицинском отношении) – корпусные штаб-доктора и главные доктора полевых госпиталей. Корпусному штаб-доктору по специальности подчинялись дивизионные штаб-доктора, а также доктора корпусного госпиталя и начальник корпусной подвижной аптеки (если эти учреждения имелись в корпусе), дивизионным – полковые штаб-лекари.

С началом кампании 1812 г. руководство медицинской службы в 1-й, 2-й и 3-й Западных армиях осуществляли армейские полевые генерал-штаб-доктора Н.Ф. Геслинг, Вальтер и Ф. Буттац без участия главного полевого инспектора. С 08.12.1812 г. управление медслужбой всех российских армий было сосредоточено в руках главного военно-медицинского инспектора.

Заготовкой медицинского имущества и созданием его запасов в действующих армиях ведал Медицинский департамент Министерства полиции, снабжение госпиталей необходимыми припасами, кроме медикаментов, возлагалось на интендантское отделение Главного полевого штаба. Генерал-штаб-доктор армии руководил медицинскими чинами, находившимися в госпиталях и полках, он пользовался правом приглашать и экзаменовывать иностранных врачей, наблюдал за распределением больных, санитарным состоянием армии, при возникновении эпидемий созывал Медсовет. В его обязанности входил ежемесячный сбор и представление военному министру и Медицинскому департаменту Военного министерства сведений о состоянии госпиталей и движении больных. По отношению к госпиталям генерал-штаб-доктору вменялись только инспекторские функции. Через главного аптекаря он руководил работой всех полевых аптек. Генерал-штаб-доктор подчинялся дежурному генералу, а по специальности – главному полевому военно-медицинскому инспектору при главном командовании всех действующих армий. 28.03.1812 г. было создано Аптекарское управление во главе с инспектором аптечной части, подчинённым директору госпиталей.

Как видно, структурная реформа медицинского обеспечения русской армии осуществлялась с января 1812 г. и, естественно, к началу

военной кампании завершена ещё не была. Точные данные о численности медицинских чинов в армии отсутствуют, во многих случаях штатные медицинские должности были вакантны. Всего в армии в 1812 г. состояло 800-850 старших и младших лекарей 1-го и 2-го класса и 1000-1200 фельдшеров 1-го и 2-го класса. На начало войны по штату полагалось иметь, например, в кирасирских, драгунских, гусарских полках 1 старшего и 1 младшего лекаря (любого класса), 1 старшего и 2 младших фельдшеров (в кирасирских полках – 1 младшего фельдшера).

По закону 1798 г. в полках полагался штатный полевой лазарет, при котором состоял надзиратель больных из унтер-офицеров и команда лазаретных служителей (в пехотных полках по 12, в полках тяжёлой кавалерии по 5, в полках лёгкой кавалерии по 10 нестроевых чинов). В каждой роте была положена повозка (фура) для больных нижних чинов, а для перевозки больных офицеров – 1-2 кареты образца 1797 г.

Для сравнения, к началу кампании 1812 г. медперсонал французской армии насчитывал 5112 человек, в том числе свыше 2 тысяч хирургов, что более, чем в три раза превосходило реальную численность медперсонала в русской армии. Кроме этого, по своей оснащённости подвижным составом, медикаментами, хирургическим инструментом и разборными носилками медслужба французской армии имела значительное превосходство.

Тем не менее, к началу 1812 г. в распоряжении армейской медслужбы русской армии имелись 52 постоянных госпиталя на 36,3 тысяч коек. Согласно «Расписанию войскам квартир», составленному в августе 1811 г., имелось также 29 военно-временных госпиталей, число которых в ходе военных действий превысило 70. По мере движения армии одни госпитали создавались, других ликвидировались. Ещё 25.08.1805 г. было утверждено, разработанное Я.В. Виллие «Положение об устройстве корпусных подвижных госпиталей», предусматривавшее перевозку имущества полковых лазаретов на лазаретных фурах, что впервые позволило сопровождать армию при движении оборудованием и снаряжением, необходимыми для развёртывания медучреждений. К началу 1812 г. в армии была создана система эвакуации, однако Я.В. Виллие только 12.08.1812 г. предложил план эвакуации и расписание госпиталей для 1-й и 2-й Западной армий. Важными составляющими частями «Учреждения для управления Большой действующей армии» являлись «Положение для временных военных госпиталей при большой действующей армии» и «Положение о развозных и подвижных госпиталях армии». Суть этих положений можно свести к следующему: в составе армии, при централизованном снабжении

лекарствами и врачебными припасами, учреждались развозные и подвижные госпитали, а в тылу армии — главные временные госпитали. Непосредственно вблизи места сражения в естественных укрытиях развёртывались полковые перевязочные пункты, предназначенные для первичной перевязки всех раненых, остановки угрожающих кровотечений и подготовки раненых к эвакуации в развозные госпитали, которые предназначались для оказания первой помощи раненым (обработка ран, операции, перевязки, иммобилизация), их питания и доставки в подвижные госпитали 1-й линии. Места для развозных госпиталей определялись главнокомандующим в день сражения. Развозные госпитали прикреплялись к подвижным госпиталям, предназначенных для лечения раненых и больных со сроками излечения до 40 дней во время движения армии. Остальные раненые с «долговременными болезнями» и тех, «которые и по излечении не в состоянии будут продолжать службу», подлежали эвакуации в главные временные госпитали, разворачиваемые «по назначению главнокомандующего» за линией подвижных госпиталей (Бернацкий Н. 1913; Корнеев В.М., 1962; Баранов А.А. 2002).

Для переноски раненых с поля боя на перевязочный пункт в каждом пехотном полку должны были иметься 20 или более нестроевых солдат с четырьмя носилками и с двумя лёгкими линейками. Во время сражений 1812 г. вынос раненых производился преимущественно силами ратников ополчения. Место перевязки обозначалось «флагом или другими какими-либо знаками, чтобы раненые, не блуждая, могли оное сыскать». Каждый перевязочный пункт был оснащён готовыми повязками, бинтами, компрессами, корпией, хирургическими инструментами. На местах перевязки находились полковые священники и должное количество лекарей.

На военные медицинские кадры возлагалась также обязанность наблюдения за санитарным состоянием армии. С началом наступательных действий в российской армии, вступившей на заражённую территорию, стали отмечаться случаи массовых инфекционных заболеваний — сыпного тифа, дизентерии и др. Из-за отсутствия специализированных лечебных учреждений инфекционных больных возили по общим дорогам, нередко на порожних провиантских фурах, останавливаясь на общих станциях и распространяя инфекцию по коммуникациям армии, в госпиталях и в тылу. Армия инфицировалась от среды, в которой она действовала, и, в свою очередь, становилась источником распространения эпидемий среди населения.

Особо сложными в инфекционном плане стали территории Бородинского поля и Калужской губернии.

После самого кровавого, данного Наполеоном, на Бородинском поле более 3-х месяцев остались не захороненными около 50 тыс. человеческих останков и около 25 тыс. трупов лошадей. От такого количества гниющей плоти вблизи тех мест невозможно было находиться. Из «Воспоминаний сержанта Бургоня»: «16-го (28-го) мы ... очутились на знаменитом поле сражения, всё ещё покрытом мёртвыми телами и обломками разного рода. Кое где из земли торчат руки, ноги, головы; почти все трупы принадлежат русским — наших, по мере возможности, мы всех предали земле. Но так как всё это было сделано на скорую руку, то наступившие вслед затем дожди размыли часть могил. Нельзя себе представить ничего печальнее, как зрелище этих покойников, уже почти утративших человеческий образ; после битвы прошло пятьдесят два дня.

... Мы развели костры при помощи обломков оружия, пушечных лафетов, зарядных ящиков; относительно воды встретилось затруднение: речка, протекавшая возле нашей стоянки и очень маловодная, была вся полна гниющими трупами; пришлось идти повыше, чтобы достать воды, годной к питью. ... На следующий день мы проходили мимо монастыря, служившего госпиталем для части наших раненых в Бородинском сражении. Многие находились там и до сих пор» (Бургонь А. Ж.-Б. 2005: 34).

В Калужской губернии, кроме решающих сражений у Тарутино и за Малоярославец, жертвы которых с большими усилиями удалось захоронить, проходили постоянные локальные боевые столкновения в пограничных уездах губернии калужских ополченцев, летучих армейских отрядов и крестьянских отрядов самообороны с отдельными частями наполеоновской армии. В лесах и полях лежали не захороненными тысячи трупов солдат Великой армии.

Начиная со Смоленска из Калуги в армию через день, а в Тарутинский лагерь каждый день, отправлялись транспорты со всем необходимым в 5 тыс. подвод. Можно предположить, что на обочинах дорог валялись сотни трупов павших лошадей. Кроме этого, через Калужскую губернию шли транзитные маршруты для перевозки инфицированных больных в другие регионы, а в самой губернии скопились десятки тысяч военнопленных, больных и раненых русских воинов. С середины ноября 1812 г. в Калужской губернии начался голод. Многие сёла так и не смогли собрать урожай. Не было ни лошадей, ни подвод — всё отдали армии. В результате крайней нужды и вследствие большого сосредоточения больных и раненых воинов, вспыхнула эпидемия гнилой горячки, сыпного тифа и кровавого поноса (Ассонов В.И. 1912). Около четверти населения (около 150 тыс. человек) губернии вымерло,

торгово-промышленная деятельность в Калуге замерла. Трагедия Калужской губернии ноября 1812 – марта 1813 гг. осталась незамеченной на фоне торжеств по случаю изгнания армии Наполеона из пределов Российской империи.

Медицинского персонала в ту пору было крайне мало. В связи с этим 19.08.1812 г. министр внутренних дел доносил Александру I о русских солдатах, раненых под Витебском: «Многие из них от самого Витебска привезены не перевязанные, ибо при них было только двое лекарей, а в лекарствах и перевязках – совершенный недостаток».

Русская армия также понесла значительный урон от эпидемий сыпного тифа и дизентерии. Уже в начальный период войны с Наполеоном санитарные потери стали весьма ощутимыми. После соединения двух русских армий в Смоленске, вместо предполагавшейся численности личного состава в 160 тыс. человек, фактически же 03.08.1812 г., оказалось около 112 тысяч. «Болезни, смертность от болезней, отставание съели эту огромную массу». Первый период войны был чрезвычайно сложным для организации медицинского обеспечения. При отступлении русской армии полный вывоз больных и раненых вглубь страны не производился. Часть из них оставалась в населенных пунктах. Питание и лечение оставленных были на попечение местных жителей. На заключительном этапе войны санитарные потери русской армии значительно возросли. Так, за 2 месяца преследования отступающей армии Наполеона выбыло из строя около 60 тыс. человек, из них 48 тыс. больных лежало в госпиталях и многие из них умерли... (Бернацкий Н. 1913).

Но трудности в медицинском обеспечении испытывала и наполеоновская армия. Французский интендант Пюибюск так описывал положение раненых после Бородинского сражения: «Горе раненым, зачем они не дали себя убить. Несчастные отдали бы последнюю рубашку для перевязки ран; теперь у них нет ни лоскутка, и самые лёгкие раны делаются смертельными... Мёртвые тела складываются в кучу, тут же, подле умирающих, на дворах и в садах; нет ни заступов, ни рук, чтобы зарыть их в землю».

После Бородинской битвы огромное число раненых осталось лежать на поле боя. По словам одного из участников тех событий, когда после битвы оставшиеся в живых с наступлением ночи жгли костры, то «около каждого огня собирались раненые, умирающие, и скоро их было больше, чем нас. Подобные призракам, они со всех сторон двигались в полумраке, тащились к нам, доползали до освещённых кострами кругов. Одни, страшно искалеченные, затратили на это крайнее усилие,

последний остаток своих сил: они хрипели и умирали, устремив глаза на пламя, которое они, казалось, молили о помощи; другие, сохранившие дуновение жизни, казались тенями мёртвых» (Баранов А.А. 2002).

В.И. Ассонов на основе имеющихся у него архивных документов и материалов представил положение медицинской службы в то грозное для всей России и особенно для Калужской земли время: «Почти одновременно с появлением в городе пленных, появились со стороны Смоленска, лежащего в 330 верстах от Калуги, партии больных и раненых воинских чинов. В наше время трудно представить себе, какого рода страдания должны были переносить эти борцы за свою Родину. Дороги были только грунтовые, худо содержимые; удобных приспособлений для перевозки заболевших или получивших раны нижних чинов – не было. Медицинская помощь в пути едва ли могла быть оказываема, т. к. врачей в войсках было очень мало. Так как госпитальная часть в русской армии к началу войны 1812 года не была организована, то можно себе представить, что ожидало этих страдальцев в Калуге, Козельске и в некоторых селениях, куда были они привезены. Надо ли говорить, что во время пути большая часть труднобольных умерло.

В Калуге все местные лечебные заведения не могли вместить более 200 человек. Первая большая партия, пришедшая из Дорогобужа 10 августа, была размещена в местном лазарете и в бараках за р. Окой. Затем раненые и больные стали прибывать чаще и в значительном количестве. Помещения для них в лазарете оказывалось недостаточно...

Письмо главного инспектора медицинской части в армии Я.В. Виллие к Калужскому губернатору от 9 сентября 1812 г. № 422 из Красной Пахры сообщало: «... что сверх раненых и больных, находящихся во вверенной управлению вашему губернии, предписано сего числа отправить на Калугу до 6000 больных и скоро может быть получите вы гораздо большее оных число, но сие будет зависеть от положения обеих армий и от продолжительности неприятельских действий. Что принадлежит до медицинских чинов, то прошу Вас <...> обратиться ко мне всех военного ведомства врачей без коих можно будет обойтись, поруча пользование больных и раненых гражданским, губернским и уездным медицинским чиновникам, ибо в армии настает во врачах большой недостаток» (ГАКО: Письмо от 09.09.1812). Видимо, в тот момент о жителях Калужской губернии не думал, которые отдав всё возможное для армии, обрекли себя на верную смерть от голода и болезней...

Ввиду такого неожиданного наплыва в Калужскую губернию больных и раненых, военный комитет решил немедленно устроить два временных госпиталя — в Калуге и Козельске на такое число больных «сколько их случится», содержание больных приняло на себя дворянство. Больных и раненых, как из своей, так и из неприятельской армии, было столь много, что вскоре оказался сильный недостаток в помещениях и во врачах: на 2200 человек приходилось всего 2 врача! Фельдшером и госпитальной прислуги также было крайне недостаточно. После сражений у Тарутино и за Малоярославец, количество раненых и больных воинских чинов было настолько велико, что их уже распределяли по частным домам. По распоряжению М.И. Кутузова, наиболее трудных больных и раненых, поступающих из армии, затем из Калуги и Козельска отправляли в Тулу, в Белёв, в Орёл. Можно себе представить, что должны были они переносить, путешествуя по скверным дорогам, большею частью на крестьянских телегах из одного города в другой. К этому надо ещё добавить, что больные были плохо одеты, а раненые большей частью — без перевязки. По свидетельству одного современника, в лазаретах и госпиталях Калуги лежало 11 тыс. человек (Ассонов В.И. 1912).

Главную гигиеническую меру, уборку умерших людей и павших животных по пути следования отступавшей французской армии, ввёл Высочайший указ, на основании которого сделано распоряжение согласно Отношения Калужского гражданского губернатора от 7 ноября № 9308, «чтобы трупы всякого рода, как человеческие, так и скотские, кои могут быть отысканы или на поверхности земли, или в земле, но зарытые неглубоко, были неотлагательно преданы сожжению». Трупы иноверцев, умерших в военных госпиталях, согласно Отношения Вице-губернатора от 25 февраля 1813 г. № 1468, предавались сожжению, а лиц греческого исповедания закапывали в большие и глубокие ямы (Ассонов В.И. 1912).

По сведениям известного калужского краеведа Г.К. Зельницкого, от скопления такого громадного количества больных, раненых и пленных воинов среди городских жителей стали развиваться заразные болезни (гнилая горячка, тиф), от которых увеличивалась смертность так, что по достоверным сведениям в ноябре — декабре ежедневно в Калуге умирало от 50 до 70 жителей (до войны численность населения Калуги составляла около 25 тыс. человек). Были примеры, когда в некоторых селениях Калужской губернии из 400 человек в то же короткое время умерло 120 одних ревизских душ.

В заключение приведем ещё один документ, представляющих особый исторический интерес, свидетельствующий о госпитально-санитарном состоянии в русской армии в период Отечественной войны 1812 г.

Из предписания главного инспектора госпиталей генерал-майора Левицкого к майору калужского гарнизонного батальона Махову следует: «Велико было количество начальствующих лиц, надзиравших за госпитальной частью в армии, но, несмотря на это, мало или вовсе не оказывалось врачебной помощи для выздоровления или облегчения страданий больных и раненых нижних чинов и в каком ужасном положении они находились. Так, например, один начальник пишет заведующему калужским госпиталем: «Воины, проливавшие кровь за Отечество на поле брани, израненные валяются в гнилом положении на земле, без одежды, не имея подстилки и не получая для подкрепления своих сил пищи. Найдено много таких, которые с самого доставления их сюда не перевязывались, отчего завелись в ранах черви, отчего идёт смрад, так что нет возможности переносить воздуха». Другой пишет губернатору, что «замечен недостаток в воде, соломе, дровах, посуде, белье, песке и ельнике, что иные слабые бродят по городу в безобразных видах» (Ассонов В.И. 1912).

Положение пленных, которых скопилось около Калуги более 16 тысяч человек, в этом отношении было ещё хуже: пленные врачи, которые их понимали, были отняты для службы в Калужском госпитале, где их работало 6 человек. Вообще же в русских госпиталях к апрелю 1813 г. находилось 143 военнопленных врача и несколько фармацевтов и фельдшеров.

ЛИТЕРАТУРА:

1. *Змеев Л.Ф. Первый в России военно-временный госпиталь // «Исторический вестник», 1886.*
2. *Алелеков А.Н., Якимов Н.И. История Московского военного госпиталя в связи с историей медицины в России к 200-летнему его юбилею 1707 – 1907 гг. – Москва, 1907.*
3. *Урланис Б.Ц. История военных потерь. – С.-Петербург: «Полигон», 1994.*
4. *Долинин В.А. Я.В. Виллие. – М., 1984.*
5. *Энциклопедия Отечественная война 1812 г. – М.: РОСПЭН, 2004. С. 122.*
6. *Бернацкий Н. Устройство военно-санитарной части, болезни и их лечение у воюющих сторон во время Отечественной войны. // «Военно-исторический сборник», № 3, 1913.*
7. *Корнеев В.М., Михайлова Л.В. Медицинская служба в Отечественную войну 1812 года. – Ленинград, 1962.*

8. Баранов А.А. Медицинское обеспечение армий в 1812 году. // Эпоха 1812 года. Исследования. Источники. Биогеография. – Москва, 2002.
9. Толстой Л.Н. Война и мир. – Тула, Приокское книжное издательство. Том III, 1978. – С. 258-259.
10. Бургонь А. Ж.-Б. Пожар Москвы и отступление французов. 1812 год. Воспоминания сержанта Бургоня. / Составитель С.В. Кочнова: Библиотека мемуаров. – «Правда-Пресс», гл. 2, 2005. – С. 34.
11. Асонов В.И. В тылу армии. Калужская губерния в 1812 году. – Калуга: типография Е.Г. Архангельской, 1912.
12. Бернацкий Н. Устройство военно-санитарной части, болезни и их лечение у воюющих сторон во время Отечественной войны. // «Военно-исторический сборник», № 3, 1913.
13. Баранов А.А. Медицинское обеспечение армий в 1812 году. // Эпоха 1812 года. Исследования. Источники. Биогеография. – Москва, 2002.
14. Государственный архив Калужской области (ГАКО). Письмо от 9 сентября 1812 г. № 422 из Красной Пахры Калужскому гражданскому губернатору от Я.В. Виллие, главного инспектора медицинской части в армии. Ф. 32. Оп. 19. Д. 1360.
15. Мосолов Н.Н., Ющук Н.Д., Пашков К.А. Медики на опаленных дорогах войны. М.: Вече, 2005.
16. Пашков К.А., Чиж Н.В. Культурогенная личность военного медика в музейной экспозиции // Исторический опыт медицины в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг.: Сборник материалов XIII Всероссийской конференции с международным участием. Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова. 2017. С. 173-176.



Сбор раненых русских солдат и оказание им первой медицинской помощи. 1812 год.

МЕДИЦИНСКИЕ ЭТЮДЫ РУССКО-ЯПОНСКОЙ ВОЙНЫ 1904-1905 гг.

С.Г. Ронжин, Томский базовый медицинский колледж

MEDICAL SKETCHES OF THE RUSSIAN-JAPANESE WAR OF 1904-1905

S.G. Ronzhin
Tomsk basic medical college

Аннотация: В публикации представлена организация и осуществление медицинского обеспечения русской армии в годы русско-японской войны 1904-1905 гг. На основе анализа отдельных его компонентов сделана попытка их современной интерпретации.

Ключевые слова: История медицины, военная медицина, русско-японская война, медицинское обеспечение.

Abstract: The organization and the accomplishment of medical support in Russian Army in conditions of Russian-Japanese war 1904-1905 are presented. On the base of analysis of his special parts conducted the attempt to give them modern interpretation.

Key-words: The history of medicine, military medicine, Russian-Japanese war, medical support.

Известное как русско-японская война 1904-1905 гг. и начавшееся более 100 лет назад военное столкновение России и Японии на Дальнем Востоке, открывало череду войн нового типа – империалистических войн за передел мира, предвещая в XX веке новые кровавые военные катастрофы. Война стала следствием столкновения геополитических притязаний ряда мировых держав в Китае и Корее. Россия стремилась укрепить свое положение на Востоке, оградить малоосвоенные земли от посягательств извне. Усиливающееся и расширяющееся военное и экономическое присутствие России в этом регионе вступало в противоречие с экспансионистскими устремлениями таких государств как Германия, Англия, США и особенно Японии, традиционно считавшей территории, ставшие российским наместничеством, сферой своих интересов. Японские милитаристы поставили перед собой задачу вытеснить Россию с Дальнего Востока и получить простор для осуществления своей колониальной политики, инициируя войну с Россией. В России хорошо понимали последствия такой войны и делали все возможное для того, чтобы ее избежать, последовательно идя в переговорах с Японией на уступки ее требованиям, однако 24 января 1904 г. японское

правительство в ультимативной форме заявило о прекращении переговоров и разрыве дипломатических отношений. В ночь на 27 января 1904г. 10 японских эсминцев атаковали русскую эскадру на внешнем рейде Порт-Артура, повторив атаку утром силами уже 16 военных кораблей, одновременно подвергнув нападению крейсер «Варяг» и канонерскую лодку «Кореец» в порту Чемульпо (Корея). Так началась, официально объявленная днем позже (28 февраля 1904 г.) русско-японская война.

В современной классификации военных конфликтов эта война определено может быть отнесена к региональной войне, как разновидности ограниченного военного конфликта, своеобразием которого являлось ведение боевых действий на территории сопредельного государства. Важной особенностью формирования боевых потерь воюющих сторон, стало появление на вооружении скорострельного оружия и масштабность боевых действий, приближающихся в отдельных сражениях к фронтовым операциям. Подготовленная к войне Япония имела к началу войны армию численностью в 375 тысяч человек, 1140 орудий и 147 пулеметов, модернизированный при помощи Германии флот, корабли которого по тактико-техническим данным превосходили российские. Россия при кадровой армии в 1 миллион 100 тысяч имела на Дальнем Востоке всего 98 тысяч, 148 полевых орудий и 8 пулеметов, а также 24 тысячи человек и 26 орудий в пограничной страже. Ко всему прочему силы эти оказались разбросанными на огромной территории от Читы до Владивостока и от Благовещенска до Порт-Артура. Маньчжурский театр военных действий (ТВД) был связан с Россией железной дорогой с малой пропускной способностью, Транссибирская магистраль доходила только до Байкала и путь от Москвы до Маньчжурии, в этом случае достигал 45 суток. Снижение способности к быстрой переброске войск на ТВД явилось значительным по важности фактором неудачного для России варианта развития боевых действий. А война для России оказалась действительно неудачной. Подписав 23 августа 1905 г. в Портсмуте (США) унижительный для себя мир, Россия признала Корею сферой японского влияния, передавала Японии арендные права на Квантунскую область с Порт-Артуром и портом Дальний (Далянь), на южную ветку КВЖД, уступала южную часть острова Сахалин (до 50-й параллели). Постепенно Япония закрепились и на Курильских островах.

Однако более болезненными и трагичными были, конечно, людские потери, чувствительность населения к которым в региональных и локальных военных конфликтах, всегда бывает повышенной.

Боевые действия в русско-японской войне условно могут быть разделены на три блока:

1. Боевые действия на Ляодунском полуострове (Квантун), центральным событием которых является оборона Порт-Артура — почти одиннадцатимесячное кровопролитное противостояние, в котором врагу не удалось в бою одолеть последние рубежи обороны крепости.
2. Морское противоборство русского и японского флотов на море, апофеозом которого стало трагическое Цусимское сражение 14-15 мая 1905г.
3. Действия сухопутных войск в Маньчжурии, завершающим этапом которых стало сражение под Мукденом.

Таковы исторический и собственно военный фон, на котором организовывалось и осуществлялось санитарное (медицинское) обеспечение боевых действий русской армии.

Организация медицинской службы российской армии накануне и в ходе войны определялась «Положением о военно-врачебных заведениях», введенным приказом по военному ведомству №114 1887 г. В соответствии с ним все военно-врачебные заведения, обеспечивающие военные действия подразделялись на войсковые и подчиненные органам полевого управления. К первым относились лазареты частей, дивизионные лазареты и полевые госпитали, приданные дивизиям. Эти учреждения непосредственно подчинялись старшим врачам полков и дивизионным врачам и предназначались для оказания неотложной помощи раненым и больным. Приданные полевые госпитали возглавлялись главными врачами. В число медицинских учреждений, непосредственно подчиненных органам полевого управления, входили: полевые подвижные госпитали, не приданные дивизиям (самостоятельные), полевые запасные госпитали, военно-санитарные транспорты, эвакуационные комиссии, полевые аптеки и временные аптечные магазины. Представленная организация полевой медицинской службы носила прогрессивный характер и имела достаточное логическое обоснование. В частности передовые перевязочные пункты должны были развертываться полковыми лазаретами, становясь постоянными тактическими структурами (единицами). Военно-временные громоздкие госпитали на 630 мест были заменены более мобильными и легко управляемыми полевыми подвижными госпиталями на 210 мест. При многих из них с санкции дежурного генерала создавались «слабые команды» (команды выздоравливающих) по 50-200 человек. Были введены штатные военно-санитарные конные транспорты и штатно оформленные эвакуационные комиссии.

Большие нарекания у современников и исследователей системы

санитарного обеспечения войск в русско-японскую войну вызвали вопросы управления медицинской службой. В ходе первого периода войны возникла необходимость пересмотреть организацию управления медицинским обеспечением и дополнить рядом должностей. Военное министерство, понимая необходимость выделения санитарной части в самостоятельный отдел полевого управления армии, приказом по военному ведомству от 23 февраля 1904г. № 79 во главе санитарной части поставило строевого генерал-лейтенанта. Под его началом были 3 отделения (части): медицинская, госпитальная и эвакуационная. В непосредственном подчинении начальника санитарной части армии находились: полевой военно-медицинский инспектор, полевой инспектор госпиталей (генерал, не врач) и главноуполномоченный Российского общества Красного Креста (РОКК) со своими управлениями. Сам он подчинялся командующему армии. Непосредственно при главнокомандующем были учреждены должности главного полевого военно-медицинского инспектора, главного начальника санитарной части, а также введена главная эвакуационная комиссия и санитарно-статистическое бюро. Однако и такая схема управления имела значительный изъян, обусловленный многовластием и отрывом от медицины ее основных функций: госпитализации и лечения. Во многом это шло от неверия в тактические и командно-административные способности врачей. Участник войны хирург Е.В. Павлов отмечал: «нецелесообразность в организации административного строя санитарной части» (7). Однако необходимо признать, что для такого недоверия была почва. Другой участник войны с Японией военный врач П.П. Потираловский отмечал у врачей «отсутствие санитарно-тактических познаний».

С объявлением войны в России началась мобилизация в наместничестве, в Сибирском военном округе, в пяти уездах Казанского военного округа и девять частных мобилизаций в европейской части империи. Переводилась на штаты военного времени и полевая медицинская служба. По штатам мирного времени в войсках, учреждениях и военно-лечебных заведениях бывшего наместничества на Дальнем Востоке было положено 259 врачей, 816 фельдшеров и 19 фармацевтов. Во время объявления Японией войны состояло налицо 243 врача (некомплект 6,18 %), фельдшеров 602 (26,2 %), 21 фармацевт (сверхкомплект 10,5 %). С объявлением мобилизации, при доведении войск, учреждений и военно-лечебных заведений Дальнего Востока до штатов военного времени, считая также во вновь сформированные и переформированные части, штат определился в следующих цифрах: врачей с 10 % резерва – 817, фельдшеров – 2097, фармацевтов с 2% резерва – 87 (4). К маю 1904 г. медицинским персоналом были обеспечены не

только все части войск Приамурского военного округа и Квантунской области, приданные им лечебные заведения и учреждения, временные и постоянные, но и резерв полевого военно-медицинского управления. В дальнейшем, части войск и приданные им лечебные заведения и учреждения прибывали, укомплектованными личным составом, в том числе и медицинским. Образовавшийся некомплект пополнялся по мере надобности распоряжением ГВМУ чинами действительной службы или призванными из запаса в Европейской России. С увеличением численности войск возрастал также численный состав чинов военно-медицинского разряда и ко дню ратификации мирного договора достиг показателей, представленных в таблице 1.

Таблица 1. Укомплектованность медицинской службы

| Категории медицинского состава | врачи | фармацевты | фельдшеры |
|--------------------------------|--------------|------------|-------------|
| Действительной службы | 913 | 129 | 8337 |
| Призванные из запаса | 2194 | 181 | |
| Итого: | 3107 | 310 | 8337 |
| Некомплект | 362 (10,4 %) | 10 (3,1 %) | 731 (8,1 %) |

Кадровые врачи, находящиеся на действительной военной службе составляли всего 35,5 % из общего количества врачей. Действующая армия была укомплектована большей частью за счет врачей, призванных из запаса. Этим врачам, как правило, предоставлялись должности старших и младших ординаторов в лечебных учреждениях и должности младших врачей в войсковых частях. Однако из-за недостатка кадровых врачей, врачи запаса, проявившие себя, назначались старшими врачами частей и главными врачами лечебных учреждений. Всего за время войны в войска прибыло 3418 врачей (из Сибирского военного округа – 63), 266 фармацевтов (10) и 11105 (533) фельдшеров (4).

Организация оказания медицинской помощи раненым и больным и их эвакуации в условиях боевой деятельности войск (лечебно-эвакуационное обеспечение) строилась в соответствии с их принятым порядком, определенном уже упоминавшимся «Положением». Сбор раненых на поле боя (розыск и вынос с поля боя) осуществлялся полковыми и дивизионными санитарями-носильщиками, выделяемыми в полку по 8 человек на роту (128 в полку из четырех батальонов) и из состава штатной дивизионной роты санитаров при дивизионном лазарете (200 человек). Значительным прорывом в организации оказания помощи являлось сочетание сбора раненых на поле боя с оказанием им первой помощи, вменяемой в обязанность санитарам-носильщикам. Для этого последние были оснащены носимыми

комплектами (сумками), содержащими кровоостанавливающие жгуты и перевязочные средства. В обязанность врачей полковых и дивизионных лазаретов входило обучение санитаров приемам оказания первой помощи. Эффективность такого обучения была достаточно высокой, о чем свидетельствует в частности в своих воспоминаниях будущий профессор Томского университета и медицинского института В.П. Миролюбов (6). Еще более важным моментом в совершенствовании оказания помощи раненым явилось привлечение к оказанию первой помощи самого личного состава войск в порядке само- и взаимопомощи. Для этого каждый строевой чин был обеспечен асептическим пакетом (индивидуальным перевязочным пакетом). Надо ли говорить, сколько жизней удалось спасти благодаря этому нехитрому приспособлению. Как отмечает тот же В.П. Миролюбов: «вера в чудесные свойства асептического пакета у солдат была безграничной». Первая помощь на поле боя оказывалась также фельдшерами и в отдельных случаях врачами. Вынос с поля боя чаще осуществлялся в период боевых «пауз», однако не были исключением случаи работы санитаров-носильщиков под огнем противника. С поля боя раненые доставлялись на передовой перевязочный пункт, развертываемый силами полкового лазарета (полковой перевязочный пункт) на удалении 0,5-1,5 верст от линии огня. Объем помощи на этих пунктах обычно сводился к перевязке раненых, наложению транспортных шин, выполнению простых неотложных оперативных вмешательств. Раненых регистрировали, им предоставлялся отдых и питание. На передовых пунктах получили помощь до 74 % раненых в боях. Из передовых перевязочных пунктов раненые эвакуировались на главные перевязочные пункты, развернутые на удалении 4-6 верст от линии огня (развертывались дивизионным лазаретом). Но нередко были случаи направления раненых непосредственно в передовые полевые госпитали и к местам погрузки на военно-санитарные поезда. Главный перевязочный пункт имел санитарный транспорт для вывоза раненых из передовых, однако безрессорные двуколки не давали щадящей эвакуации и подвергались справедливой критике. Объем медицинской помощи на главном перевязочном пункте был также невелик, но кроме перевязок и иммобилизации (в том числе наложением гипсовых повязок) здесь выполнялись ампутации, перевязки сосудов, извлечение инородных тел и трепанации черепа по жизненным показаниям. Хирургическая активность на главных перевязочных пунктах в некоторых сражениях представлена в таблице 2.

Таблица 2. Объем оперативных вмешательств в дивизионных лазаретах

| Сражение | Число лазаретов | Принято раненых | Сделано операций | | |
|--------------|-----------------|-----------------|------------------|-------------------|--------|
| | | | ампутиаций | перевязок сосудов | прочих |
| под Ляояном | 14 | 6441 | 15 | 26 | 231 |
| на реке Шахэ | 17 | 13396 | 25 | 9 | 274 |
| под Мукденом | 18 | 15651 | 23 | 12 | 223 |

По мнению доктора М.Г. Штейнберга, «единственное назначение перевязочного пункта заключается в подготовке раненых к транспорту. Всякое хирургическое вмешательство на перевязочном пункте не только не показано, а прямо противопоказано. Пределы оперативной деятельности на нем весьма ограничены» (9). Низкая хирургическая активность на передовых и главных перевязочных пунктах подвергалась традиционной критике со стороны советских историков медицины и организаторов военного здравоохранения. Парадокс заключается в том, что в условиях современных локальных войн и вооруженных конфликтов признан целесообразным объем медицинской помощи по неотложным показаниям, с возможностью расширения его при ограничении эвакуации. В условиях осажденного Порт-Артура доктор В.Б. Гюббенет оперировал (вынужден был оперировать) раненых в брюшную полость в первые шесть часов после ранения (3). На главном перевязочном пункте задерживались только легко раненые, остальные как можно скорее отправлялись на следующий этап медицинской помощи, которым считался полевой госпиталь, приданный дивизии, но чаще приходилось эвакуировать в более отдаленные госпитали, т. к. первые нередко оказывались в стороне от потока раненых. Дальнейшая эвакуация шла в полевые подвижные или полевые запасные госпитали, подчиненные полевому управлению. Запасные госпитали, не имея своего санитарного транспорта и палаточного фонда, могли развертываться только стационарно. Часто в крупных населенных пунктах и на железнодорожных станциях из запасных госпиталей формировались госпитальные коллекторы (сводные госпитали). Большая часть сводных госпиталей располагалась в Харбине. Они были стационарными, хорошо оснащенными и могли подавать все виды лечения. Тот же Е.В. Павлов признавал: «Нужно отдать полную справедливость, что было положено много старания и забот об устройстве этих госпиталей, организованных в сравнительно очень короткий промежуток времени». Тыловые госпитали располагались большей частью по линиям железных и грунтовых дорог. Оснащение и содержание госпи-

талей в целом, отвечало санитарным нормам, что было заслугой не только главных врачей, но и командования. Вот характерный приказ генерал-лейтенанта Надарова: «прошу генерал-лейтенанта Куколя к врачебным заведениям предъявлять следующие два мои основные требования: 1) чтобы помещения госпиталей содержались чище, чем моя квартира, и 2) чтобы госпитальное белье стиралось и содержалось чище того белья, которое у меня. Вообще прошу главное внимание уделять живому делу, а бумажную деятельность ставить на второй план» (газета Новости от 8 февраля 1905 г.). В медико-тактическом плане наметилась и даже была осуществлена некоторая специализация госпиталей, выделены госпитали хирургического и инфекционного профиля. В Харбине возникли самостоятельные сводные госпитали для венерических, офтальмологических и ЛОР больных, то же применялось в системе Красного Креста, в Харбине. 15 декабря 1904 г. был открыт центральный психиатрический госпиталь. Впервые душевнобольные направлялись в тыл отдельным потоком, к этому времени были направлены в тыл 224 душевнобольных, для которых также предназначались небольшие лазареты и пункты для душевнобольных в Чите, Омске, Красноярске. Значительную роль в эвакуации раненых и оказании им медицинской помощи сыграли военно-санитарные поезда, сформированные впервые по инициативе командования Московского военного округа, которое сформировало первый из 19 вагонов и отправил на Дальний Восток 15 февраля 1904г. в составе 3 врачей, 5 сестер, 36 санитаров. Вскоре был отправлен еще один поезд, а к августу 1904 г их было уже 17, в дальнейшем число их достигло 38. В армии устраивались также временные санитарные поезда из приспособленных вагонов, к концу войны в военном ведомстве их было 24, частной помощи – 23. Нельзя не отметить, что большая роль в лечебно-эвакуационном обеспечении войск принадлежала общественным организациям (частной помощи), в первую очередь Российскому Красному Кресту (8). Рескрипт императрицы Марии Федоровны от 28 января 1904г. призвал все российское общество оказать посильную помощь в различных ее проявлениях. Главным управлением РОКК была избрана Исполнительная комиссия под председательством графа И.И. Воронцова-Дашкова. В комиссию вошли известные деятели здравоохранения военного, морского и гражданского Александровский С.В., Анреп В.К., Вельяминов Н.А., Кудрин В.С., Сиротинин В.Н., Шапиров Б.М., государственные деятели Нирод М.Е., Оболенский А.Г., Толь С.А., Шувалов П.П. Театр военных действий был разделен на 5 районов. В них были назначены особые главноуполномоченные РОКК – С.В. Александровский, И.П. Балашев, Б.А. Васильчиков, П.М. фон Кауфман, Ф.Ф. Трепов (в дальнейшем главный начальник санитарной части при

главнокомандующем). Они ставили задачи создания складов для нужд армии, устройства лечебных учреждений и организации эвакуации по различным путям. Возможности и степень участия РОКК трудно переоценить. Большая часть госпиталей в тыловых районах принадлежала РОКК, при соотношении коек с военным ведомством 4295 и 2400. Расходы РОКК составили за время войны 29 360 587 рублей. К 15 июля 1905 г. на Дальнем Востоке РОКК располагал 360 врачами (11 женщин), 1487 сестрами милосердия, 44 студентами-помощниками врачей, почти 2000 санитаров, большая часть, которых были вольнонаемными. Удачным новшеством РОКК были летучие отряды Красного Креста, предназначавшиеся для оказания помощи непосредственно на поле боя, передвигавшиеся на лошадях и имевшие при себе специальные выюки-укладки для оказания первой помощи, предложенные капитаном И.А. Накашидзе и одобренные Военно-медицинским ученым комитетом. Как отмечал П.П. Потираловский: «во многом санитарная служба выехала на деятельности частной помощи». Совместная деятельность военных медиков и общественных организаций не могла не сказаться на эффективности лечебно-эвакуационного обеспечения войск в целом, которая может быть представлена следующими данными: в строй в пределах ТВД было возвращено не менее 58,5 % раненых и не менее 62,7 % больных офицеров и солдат русской армии. Удельный вес выздоровевших раненых и больных, включая эвакуированных в глубь империи, составил не менее 77,5 % и 92,4% соответственно. Смертность при ранениях не превышала 4,8 %, при заболеваниях 2 % (1). В русско-японской войне впервые безвозвратные потери убитыми и умершими от ран превзошли безвозвратные потери умершими от болезней, в первую очередь острозаразных. Во многом этому способствовала четкая система противэпидемической защиты, обеспечивающаяся штатными и нештатными формированиями. К штатным формированиям относились дезинфекционные отряды в составе одного из полевых госпиталей, приданных дивизии, санитарно-гигиенические отряды (по одному на корпус).

С началом войны были введены должности штатного армейского врача-гигиениста и врача для поручений при нем, создана штатная армейская походная лаборатория. Среди нештатных формирований - центральные и летучие санитарные отряды с бактериологическими лабораториями, дезинфекционные отряды РОКК и других общественных организаций. По инициативе А.Н. Куропаткина для работы в эпидемических очагах были специально сформированы летучие дезинфекционные отряды, имевшие в своем составе 4-х бактериологов. Приказом по военному ведомству 1904г. № 688 были введены военные железнодорожные дезинфекционные отряды.

Снабжение медицинским имуществом осуществлялось через полевые аптеки и временные аптечные магазины, куда оно поступало со склада императрицы Александры Федоровны, и признано всеми наблюдателями вполне удовлетворительным весь боевой период.

Война за право хозяйничать на маньчжурской земле, активно влияя на судьбу Китая и Кореи дорого обошлась России и Японии. Их утраты велики, прежде всего, утраты людские. За все захваченное тогда Япония заплатила большими жертвами. По данным некоторых советских исследователей, Япония потеряла убитыми и умершими от ран и болезней около 135 тыс. чел. Через лечебные заведения прошло раненых и больных около 554 тыс. чел. Известный историк Б. Ц. Урланис приводит следующие данные о потерях Японии в живой силе: убитыми, умершими от ран и болезней в 88 тыс. человек (10). Данные эти очень близки к данным японских источников. Безвозвратные потери России в навязанной ей кровопролитной войне (с 27 января 1904 г. по 1 октября 1905 г. - день ратификации мирного договора) составили (погибло, умерло от ран и болезней, скоропостижно) 52500 солдат, матросов и офицеров. Санитарные потери достигли 564,5 тыс. чел. Из них: ранеными и контужеными - 158,6 тыс. человек (в том числе на флоте и его береговых подразделениях 6694 чел.), заболевшими - 405,9 тыс. человек. Попало в плен более 74 тыс. офицеров и нижних чинов. Не вернулось из плена 1753 чел. Из них 1643 умерло от ран и болезней. Значительно число пропавших без вести (почти 40 тысяч), большая часть из которых, оказалась в плену или погибла (5). Сведения о потерях русской армии в основных сражениях приведены в таблице 3.

Таблица 3. Потери действующей армии в отдельных сухопутных боях (2)

| Время и место боя | Убито | | Ранено и контужено | | Пропало без вести | | Общие потери | |
|--|-------|------|--------------------|------|-------------------|------|--------------|------|
| | офиц. | н.ч. | офиц. | н.ч. | офиц. | н.ч. | офиц. | н.ч. |
| На Квантуне 13-15.7.1904 | 7 | 248 | 35 | 1572 | 1 | 83 | 43 | 1903 |
| На перевалах Юшулинь и Пьелинь 18-19.7.1904 | 5 | 276 | 34 | 1342 | 8 | 403 | 47 | 2021 |
| Под Конгуалином 17-18.7.1904 | 9 | 337 | 50 | 1012 | 1 | 262 | 60 | 1611 |
| Под Таампином 13.8.1904 | 12 | 283 | 37 | 1334 | 2 | 176 | 51 | 1793 |

| | | | | | | | | |
|---------------------------------|-----|------|------|-------|-----|-------|------|-------|
| Под Ляояном 14-21.8.1904 | 87 | 2030 | 444 | 12999 | 10 | 1464 | 541 | 16493 |
| На реке Шахэ 25.9.-5.10.1904 | 190 | 4894 | 867 | 29639 | 35 | 4834 | 1092 | 39367 |
| под Сандепу 12-16.1.1905 | 50 | 1677 | 375 | 10745 | 25 | 1088 | 450 | 13510 |
| Мукденское сражение | 257 | 8448 | 1491 | 49947 | 280 | 27929 | 2028 | 86324 |

ЛИТЕРАТУРА И ИСТОЧНИКИ:

1. Будко А.А., Селиванов Е.Ф. Военная медицина России в войне с Японией в 1904-1905 гг.//Военно-исторический журнал. 2004г. №6, с. 57-62.
2. Война с Японией 1904-1905 гг. Санитарно-статистический очерк (под руководством Н. Козловского). Петроград. Издание ГВСУ. 1914 г.
3. Гюббенет В.Б. В осажденном Порт - Артуре. СПб. 1910 г. С. 365.
4. Замятин А.И. Краткие сведения о призыве врачей запаса в минувшую войну с Японией. СПб. 1911 г.
5. Кривошеев Г.Ф. Россия и СССР в войнах XX века: Потери Вооруженных Сил// Статистическое исследование. М. Олма-Пресс. 2001 г. Глава 1.
6. Миролобов В.П. Дневник запасного врача. Томск. 1906 г.
7. Павлов Е. В. На Дальнем Востоке в 1905 году. Из наблюдений во время войны с Японией. СПб. 1907 г. С. 131, 132.,70).
8. Шабунин А.В. Вклад общественности Санкт-Петербурга в медицинское обеспечение русской армии в начальный период русско-японской войны (К 100-летию начала русско-японской войны)// Военно-медицинский журнал. Т. СССХХV. 2004 г. № 2, с. 77-79.
9. Штейнберг М.Г. Пределы хирургической помощи на перевязочном пункте//ВМЖ. 1908 г. апрель. С. 697.
10. Урланис Б.Ц. История военных потерь. СПб. Полигон. 1994 г.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-САНИТАРНОГО ДЕЛА НА КУБАНИ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

А.Н. Редько, Д.В. Веселова

*Кафедра общественного здоровья, здравоохранения и истории
медицины КубГМУ Минздрава России*

THE ORGANIZATION OF HEALTH AFFAIRS IN THE KUBAN DURING THE GREAT PATRIOTIC WAR

A.N. Redko, D.V. Veselova

*Federal state budgetary educational Institution of higher education Kuban
State Medical Universiti Russian Ministry of Health*

Аннотация: Статья посвящена изучению исторических особенностей организации медицинской помощи и подготовке врачей на Кубани в годы Великой Отечественной войны.

Ключевые слова: Система здравоохранения, Кубанский государственный медицинский университет, Краснодарский край, Великая Отечественная война.

Abstract: The article is devoted to the study of the historical features of the organization of medical care and training of doctors in the Kuban during the great Patriotic war.

Key-words: System of medical care, Kuban State Medical Universiti, Krasnodarskiy krai, Great Patriotic War.

Одной из главных проблем, которая встает перед любым воюющим государством, является создание эффективной системы здравоохранения, в условиях разрушенных городов и перемещения значительной части населения из регионов в регионы. Важнейшей задачей становится возвращение в строй, в кратчайшие сроки, раненых солдат и офицеров. Советский Союз справился с данными проблемами – его военная медицина была признана одной из самых эффективных во Второй Мировой войне.

Цель работы: проведение анализа особенностей медико-санитарного обеспечения Краснодарского края и подготовки врачей в период Великой Отечественной войны.

На Кубани, в первый же день войны, было объявлено военное положение. К этому времени Краснодарский край являлся отдельным

субъектом (в 1937 году выделен из Азово-Черноморского края). Согласно паспорта Краснодарского края за 1940 год в его состав входило 79 районов, на территории которых проживало 3172885 человек. Также отмечено, что в крае было 188 больницы на 10333 койко-мест. Из них 37 городских больниц на 5488 коек и 151 сельская больница на 4845 койко-мест. Кроме того, на Кубани было 28 самостоятельных родильных домов на 420 коек и 190 колхозных родильных домов на 712 коек. В крае была развернута лечебно-профилактическая сеть, состоящая из 398 амбулаторных учреждений, 490 фельдшерских пунктов и 55 акушерских пунктов (ЦДНИКК. Ф. 1774-А. Д.1287).

В структуре причин смертности населения в этот период, по данным крайстатуправления, выделяли ряд болезней: сыпной тиф, воспаление легких, туберкулез, грипп, желудочно-кишечные заболевания, а также травмы, полученные при бомбежках вражеской авиации (ЦДНИКК Ф. 1774-А. Д.406; ГАКК. Ф. Р-1246. Д.30).

Сыпной тиф распространился в 53 районах Краснодарского края, к февралю 1942 было зафиксировано 553 случая заболевания. Повышение заболеваемости было связано с передвижением больших масс людей, в общей сложности через край прошло 276000 эвакуированного населения и это требовало экстренных противоэпидемических мер. Например, бани переводились на круглосуточное обслуживание с дезинсекторами и термической санитарной обработкой одежды. Для прибывающих, больных тифом, в том числе и из блокадного Ленинграда, были организованы изоляторы прямо в зданиях железнодорожных вокзалов Краснодар I и Краснодар II. Была увеличена лечебная коечная сеть – примерно две койки на 1000 человек населения. Согласно постановлению бюро крайкома ВКП(б) проводилась массовая иммунизация против дизентерии и брюшного тифа, для чего были организованы эпидотряды в городах Новороссийске, Ейске, Армавире, Майкопе, Сочи и в станице Славянской. Краевую противоэпидемическую комиссию возглавил председатель Крайисполкома П.Ф. Тюляев (ГАКК. Ф. Р-687. Д.18; Ф. Р-1393. Д. 23; Алексеенко 2010).

По линии Российского общества Красного креста в Краснодарском крае было подготовлено 1597 санитарных дружинниц для работы в госпиталях (ЦДНИКК Ф. 1774-А. Д. 395). В Краснодаре профессорами химико-технологического института жировой промышленности (ныне Кубанский государственный технологический университет) М.Н. Ждан-Пушкиным и А.И. Кондрацким было налажено производство медицинской камфары. Около 130 кг ежемесячно отправляли по всем республикам Советского Союза. Кроме того, в этих же лабораториях, было организовано производство особо дефицитных препаратов в усло-

виях войны – сульфидина, стрептоцида и пенициллина (ЦДНИКК. Ф. 1774-А. Д.26).

В условиях войны особое значение имеет своевременное обеспечение фронта донорской кровью и ее препаратами. Согласно справке крайздравотдела, Краснодарская краевая станция переливания крови, впервые в Советском Союзе применила способ консервации крови в нестандартную посуду, что особенно важно, так как наш край испытывал дефицит стандартной стеклянной тары, необходимой для консервации. Таким образом, только Краснодарской станцией было заготовлено 50 тонн консервированной крови, а это порядка 90 тысяч спасенных жизней солдат и офицеров (ЦДНИКК. Ф. 1774-А. Д.1093).

Городом-госпиталем стал Сочи, поскольку в период войны в этом городе было дислоцировано 111 военных госпиталей, таким образом в нем была создана крупная госпитальная база. Ведущими хирургами там были сотрудники Кубанского медицинского института И. А. Агеенко, В. К. Красовитов, В. Д. Бантов. Профессора КМИ Г. Н. Лукьянов и К. С. Керопьян организовали обучение хирургии врачей других специальностей. Профессор Н. П. Пятницкий внедрил в практику госпиталей методы капельных вливаний, приготовления из хвои витамина С.

Госпитали специализировались на лечении конкретных видов травм и заболеваний, например, 2133 – специализировался на тяжёлых повреждениях костей; 2130 – на нейрохирургии и т.д. Раненых бойцов принимали санатории им. Орджоникидзе, «Родина», «Москва» и др., а также Институт курортологии и физиотерапии, ставший эвакуогоспиталем № 4473. Первые раненые в Сочи поступили уже 5 августа 1941, вскоре военно-санитарные поезда стали прибывать регулярно. Все госпитали были полностью укомплектованы высококвалифицированными врачами, причем каждый эвакуогоспиталь был вполне обеспечен хирургами, лаборантами, рентгенологами и т.д. В дни битвы за Кавказ (1942-1943) в Сочи хлынул поток раненых из Новороссийска, Туапсе, Севастополя (Оленский 2016).

В Краснодаре первые эвакуогоспитали были сформированы в июне 1941 года, в том числе эвакуогоспитали 1605 и 1606, укомплектованные сотрудниками кафедр и клиник Кубанского медицинского института. Начальником госпиталя 1605 стал ассистент кафедры акушерства и гинекологии, военный врач 1-го ранга, будущий доцент М. Н. Киревский. Ведущими хирургами этого госпиталя были доцент кафедры хирургии Я. И. Липский и профессор В. К. Красовитов, в последующем заведующий кафедрой оперативной хирургии, основоположник торакальной хирургии на Кубани. Госпиталь 1605 оказывал помощь

раненым во время боев на Кубани при прорыве «Голубой линии». Позднее сотрудники эвакуогоспиталя 1605 оказывали помощь раненым при освобождении Польши и взятии Берлина (Оленский 2016).

В сентябре 1941 года в Кубанском медицинском институте (ныне Кубанский государственный медицинский университет) был произведен досрочный выпуск 68 врачей, а в середине ноября – еще 367 специалистов. Вместе с дипломом врача вчерашние студенты получали погоны младших лейтенантов медицинской службы. В целом, более 1500 выпускников Кубанского медицинского института (КМИ) оказывали помощь раненым на разных этапах в годы войны (ГАКК. Ф. Р-1629; Веселова 2017).

Далее наступило страшное время для Краснодарского края. 9 августа 1942 года стало «черным» воскресеньем – началась оккупация городов Кубани. Устанавливался «новый порядок» направленный на использование оккупированных территорий в интересах экономики Германии и «ликвидацию русских как народа».

Кубанский медицинский институт за годы войны был эвакуирован дважды: сначала в ноябре 1941г. в город Ереван, а затем летом 1942 г. в город Тюмень (ГАКК. Ф. Р-687. Д16; Ф. Р.-1629. Д.11). Даже в пути будущие врачи продолжали учиться. По воспоминаниям студента Евгения Логашова, один его товарищ готовился к сдаче учебной задолженности сидя на крыше вагона. 4 декабря 1942 года эшелон прибыл в Тюмень, там был произведен новый набор студентов на первый курс и институт начал работу. В августе 1943 года состоялся «тюменский» выпуск Кубанского медицинского института: 38 молодых врачей уехали на фронт. Новый набор составил 200 человек, и к началу сентября 1943 года в вузе обучалось уже 266 человек (Никулина 2016).

Впервые на Кубани фашистами была применена «душегубка» – грузовик с герметично закрывающейся дверью и направленной в кузов трубой, по которой поступали отработанные газы и запертые в машине люди задыхались. Таким способом 22 августа 1942 года были убиты более 300 больных Краснодарской городской больницы, тех кто мог передвигаться загоняли в «машины смерти», а тяжело раненых выносили на носилках и тоже бросали в машину. Краснодарские врачи оставались преданы своему врачебному долгу до конца – врач 3-й городской больницы А.М. Иванова и старший врач Красникова пошли на мученическую смерть в «душегубке» вместе со своими больными. (ЦДНИКК Ф. 4372. Д. 23; Ф. 2006. Д.311).

Ассистент кафедры факультетской хирургии КМИ М.И. Булгаков, попав в окружение под г. Кропоткиным, смог прорваться в Краснодар,

где связался с подпольщиками и патриотами, прятавшими раненых бойцов. Он обеспечивал партизан и подпольные группы медикаментами, укрывал в своей квартире советских разведчиков. Фашисты выследили М.И. Булгакова и за две недели до освобождения Краснодара, повесили его на углу улиц Ленина и Красной (МИМ КубГМУ).

Сотрудники КМИ, оставшиеся во временно оккупированном Краснодаре, как могли спасали имущество вуза. Например, С.Г. Тер-Оганян, заведующая библиотекой КМИ, и сотрудники библиотеки Р.В. Седина и Н.В. Таранова выносили книги в дамских сумках, таким образом сохранили фонд редких изданий – 120000 экземпляров литературы – от вывоза в Германию (МИМ КубГМУ).

В октябре 1943 года войска Северо-Кавказского фронта завершили разгром таманской группировки противника, тем самым полностью освободив Кубань от немецких войск. Город был разрушен войсками противника – ущерб, причиненный Краснодару, превысил 2 млрд. рублей. В руинах лежали заводы, мельницы, школы, вузы, поликлиники и больницы (Оленский 2016).

Сразу после освобождения Краснодарского края был разработан целый комплекс мер по оказанию государственной помощи инвалидам Отечественной войны. Органами социального обеспечения было принято на учет 13785 инвалидов ВОВ, из них 325 – первой группы, 6933 – второй и 6527 – третьей групп.

Под руководством академика Н.В. Цицина была создана комиссия по сбору и заготовке для фронта лекарственного сырья: валерианы, наперстянки, водяного перца, шиповника, ромашки, цвета липы и бузины, черники, белладонны и листа дурмана.

Еще в период оккупации была разгромлена и уничтожена станция скорой помощи. Первая городская больница подверглась значительному разрушению, часть корпусов пострадала от бомбежек, имущество было вывезено и частично даже разграблено, но после освобождения города от гитлеровцев больница сразу же возобновила свою деятельность как эвакогоспиталь, несмотря на то, что в ней не было полного комплекта матрацев и кроватей, отсутствовало рентгенологическое оборудование и была острая нехватка кадров. В августе 1944 года над эвакогоспиталем установили шефство предприятия города: завод им. Седина, нефтезавод, а также железнодорожная станция Краснодара. Они оборудовали полностью 9 палат, приобрели 300 коек, белье, провели электричество, организовали регулярные дежурства за ранеными.

Клинический госпиталь для ветеранов войн в 1943 году был инфекционным, он располагался в 2-х этажном здании, в котором

отсутствовали водопровод и канализация, а отапливалось оно дровяной печью. В мае 1944 года госпиталь был реорганизован в хирургический, в период с 1 июля 1944 по 1 марта 1946 было проведено 770 операций из них 625 – это реампутации. Врачи овладели малой хирургией, техникой переливания крови, техникой гипсования. Средний срок пребывания больных в госпитале составлял 110 дней.

Несмотря на снижение численности медицинских учреждений по сравнению с периодом до начала оккупации (таблица 1), сразу после освобождения Кубани важным аспектом явилось восстановление основ советской медицины – медицинская помощь стала оказываться бесплатно. Был сломан немецкий порядок, когда за вызов врача и посещение амбулатория платили деньги, а лекарства в аптеке стоили в 10 раз дороже (ЦДНИКК Ф. 1774-А. Д. 758).

Таблица 1

Медико-санитарные учреждения Краснодарского края до и после периода оккупации

| период | Медицинские учреждения | | | | | | |
|----------|------------------------|----------------|---------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|-----------------------|--------|
| | Больницы | Родильные дома | Амбулаторно-поликлинические отделения | Фельдшерско-акушерские пункты | Маярстанции и маярпункты | Станции скорой помощи | Аптеки |
| 1941 год | 176 | 14 | 364 | 688 | 88 | 27 | 241 |
| 1943 год | 174 | 10 | 330 | 647 | 76 | 22 | 197 |

В записке П.Ф. Тюляева, отражающей первые итоги восстановительных работ в сфере здравоохранения Краснодарского края, после освобождения от оккупации, отмечено о возобновлении деятельности 151 больницы, в общей сложности на 6628 коек, 6 родильных домов на 145 коек, 305 поликлиник и 27 эвакогоспиталей. 1200 студентов продолжили обучение в трех фельдшерско-акушерских школах, а также проводятся занятия в Кубанском медицинском институте. В сентябре 1943 года Наркомздравом было дано указание о реэвакуации КМИ, и в ноябре 1943-го вуз вернулся в освобожденный от фашистов Краснодар (ГАКК. Ф. Р-687. Д. 44).

ВЫВОД: Великая Отечественная война стала тяжелым испытанием, как для Кубани, так и для всей страны в целом. Безусловно, статистические данные, взятые из военных отчетов, не передают того душевного порыва и самоотверженности, которые были характерны

для медиков Кубани и в годы войны проявились особенно ярко. На территории края были организованы эвакуогоспитали, которые возвращали в строй воинов Советской Армии. Только в первые месяцы войны на Кубани было организовано 145 госпиталей. Беженцев, оказавшихся на Кубани, спасали от тифа и туберкулеза. Краснодарская станция переливания крови снабжала донорской кровью фронтовые лечебные организации по всему Советскому Союзу. Несмотря на суровые условия войны Кубанский медицинский институт продолжал работу по подготовке врачей. Многие кубанские медики пошли на фронт добровольцами, а те, кто остался в оккупации, часто ценою собственной жизни спасали партизан, подпольщиков, воинов Красной Армии. Жители края самоотверженно сохраняли культурные и материальные ценности, что позволило в кратчайшие сроки восстановить систему здравоохранения и медицинского образования после освобождения Кубани от фашистских захватчиков.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Алексеенко С.Н. Медицинская наука на Кубани: этапы большого пути/ Кубанский научный медицинский вестник. – 2010. - №5. - С. 5-8.
2. Веселова, Д.В. Историографические аспекты развития медицины и здравоохранения на Кубани / Д.В. Веселова, А.Н. Редько // OPERA MEDICA HISTORICA. ТРУДЫ ПО ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ: Альманах РОИМ. Вып.2/ М.: «Магистраль», 2017. - С. 79-83.
3. Мосолов Н.Н., Юцук Н.Д., Пашков К.А. Медики на опаленных дорогах войны (к 60-летию Победы в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.). М.: Вече, 2005.
4. Пашков К.А., Чиж Н.В. Культурогенная личность военного медика в музейной экспозиции // Исторический опыт медицины в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг.: Сборник материалов XIII Всероссийской конференции с международным участием. Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова. 2017. С. 173-176.
5. Пашков К.А., Саблина Н.А. Практикум по истории Отечества и истории медицины. – М.: МГМСУ, 2008.
6. Государственный архив Краснодарского края (ГАКК) Ф. Р-1629 -Кубанская государственная медицинская академия министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации.
7. Государственный архив Краснодарского края (ГАКК) Ф. Р-687, оп.1, д.18.

8. Государственный архив Краснодарского края (ГАКК) Ф. Р-1393, оп.1, д. 23.
9. Государственный архив Краснодарского края (ГАКК) Ф. Р-687 оп.1, д.16.
10. Государственный архив Краснодарского края (ГАКК) Ф. Р.-1629, оп.1, д.11.
11. Государственный архив Краснодарского края (ГАКК) Ф. Р.-1246, оп.1, д.30.
12. Государственный архив Краснодарского края (ГАКК) Ф. Р.-687, оп.1, д.44.
13. Никулина, Е.Л. Кубанский медицинский институт, его сотрудники и выпускники в годы Великой Отечественной войны // Кубанский научный медицинский вестник. – 2016. -№2. – С.165-168.
14. Оленский, Б.И. Город нашей славы // Краснодар. гор. обществ. орг. ветеранов войны, труда, Вооруженных сил и правоохранит. органов.- Краснодар: Диапазон-В, 2016. – 344с.
15. Фонд МИМ музея истории КубГМУ, выставочные материалы, стенд № 14.
16. Фонд МИМ музея истории КубГМУ, выставочные материалы, стенд № 17.
17. Центр документации новейшей истории Краснодарского края (ЦДНИКК) Ф. 1774-А, оп. 1, д. 1287.
18. Центр документации новейшей истории Краснодарского края (ЦДНИКК) Ф. 1774-А, оп. 2, д. 395.
19. Центр документации новейшей истории Краснодарского края (ЦДНИКК) Ф. 1774-А, оп. 1, д. 26.
20. Центр документации новейшей истории Краснодарского края (ЦДНИКК) Ф. 1774-А, оп. 2, д. 406.
21. Центр документации новейшей истории Краснодарского края (ЦДНИКК) Ф. 4372, оп. 1, д. 23.
22. Центр документации новейшей истории Краснодарского края (ЦДНИКК) Ф. 2006, оп. 2, д. 311.
23. Центр документации новейшей истории Краснодарского края (ЦДНИКК) Ф. 1774-А, оп. 2, д. 1093.
24. Центр документации новейшей истории Краснодарского края (ЦДНИКК) Ф. 1774-А, оп. 2, д. 758.

ПОЛИТИКА ОККУПАЦИОННЫХ ВЛАСТЕЙ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ СЕВЕРНОГО КАВКАЗА

И.В. Карташев

Ставропольский государственный медицинский университет

THE POLICY OF THE OCCUPATION AUTHORITIES IN THE FIELD OF HEALTH IN THE NORTH CAUCASUS

I.V. Kartashev

Stavropol state medical University

Аннотация: Статья посвящена изучению политики германских властей в области здравоохранения в период немецко-фашистской оккупации территории Северного Кавказа во время Великой Отечественной войны. Предпринята попытка определить общий характер оккупационной политики в области здравоохранения, а также рассмотреть некоторые ее особенности на Северном Кавказе.

Ключевые слова: Великая Отечественная война, оккупация, здравоохранение, медицина, Северный Кавказ.

Abstract: The Article is devoted to the study of the policy of the German authorities in the field of health care during the Nazi occupation of the North Caucasus during the great Patriotic war. An attempt was made to determine the General nature of the occupation health policy, as well as to consider some of its features in the North Caucasus.

Key-words: Great Patriotic war, occupation, health care, medicine, North Caucasus.

О функционировании системы здравоохранения населения на оккупированных в период Великой Отечественной войны территориях СССР можно говорить с определенной долей условности. Разграбление захваченных территорий и обеспечение Германии дешевой рабочей силой не предполагало улучшения жизни местных жителей. Тем не менее, нахождение германской армии в контакте с населением оккупированных территорий вынуждало их проводить определенные мероприятия по обеспечению собственной безопасности и поддержанию необходимого уровня жизни местных жителей.

Целью настоящей статьи является определение характера политики немецких властей в области здравоохранения в оккупированных районах Советского Союза, а также изучение некоторых ее особенно-

стей на территории Северного Кавказа.

Согласно планам гитлеровской Германии оккупированная в ходе нападения на Советский Союз территория подлежала колонизации, часть населения предполагалось переселить за Урал, другую часть – использовать в качестве рабочей силы или уничтожить. Реализацией этих планов занималось Министерство оккупированных восточных территорий во главе с А. Розенбергом, осуществлявшее общее руководство в зоне ответственности рейхскомиссариатов «Остланд» (территория трех прибалтийских республик и западной части Белорусской ССР) и «Украина» (территория Украинской и части Белорусской ССР). Еще ряд рейхскомиссариатов («Московия», «Дон-Волга», «Кавказ», «Туркестан») подлежали созданию по мере захвата новых земель, но в действительности образованы не были. Рейхскомиссариаты делились на генеральные округа, состоявшие из округов, уездов, районов, волостей, во главе которых стояли бургомистры или старосты. В состав управ входил ряд отделов, одним из которых, как правило, был отдел, отвечавший за санитарное состояние и работу лечебных учреждений на подконтрольной территории.

Первоначально германское руководство не предполагало осуществлять медицинское обслуживание населения захваченных территорий, отказывая ему в помощи со стороны немецких врачей и указывая на необходимость ограничения его прироста [26, с.82-83]. Однако в связи со срывом плана молниеносной войны новые власти вынуждены были корректировать свои планы.

К моменту захвата в июле-августе 1942 г. населенных пунктов Ростовской области, Краснодарского и Ставропольского (в то время – Орджоникидзевского) краев оккупанты обладали уже большим опытом управления подконтрольными территориями и понимали необходимость поддержания допустимого уровня санитарно-эпидемиологической обстановки и предотвращения возникновения или локализации очагов инфекционных заболеваний среди местных жителей. Опасаясь формирования партизанского движения, они считали необходимым демонстрировать лояльность местному населению, которое в отличие от населения большинства захваченных ранее территорий не было однородным, хранило свои традиции (национальные, религиозные, казачьи и др.) и могло иметь определенное недовольство советской властью. Кроме того, плодородные земли Дона и Кубани, туристическая и лечебная база курортов Северного Кавказа представляли определенный интерес для германского руководства, что предопределяло проведение более гибкой политики в отношении населения данных территорий.

С первых дней оккупации новыми властями практически повсеместно в структуре органов местного управления были выделены подразделения, курировавшие вопросы здравоохранения. Их наименование, состав, территория обслуживания и выполняемые функции могли быть различными. Так, в Краснодарском крае на уровне районов были созданы отделы здравоохранения во главе с заведующими или введены должности главных врачей, руководствовавшихся в своей деятельности приказами главного врача Кубани [2]. В Ставропольском крае подобной должности не существовало, однако, созданный в г. Ставрополе (в то время – Ворошиловске) городской отдел здравоохранения, в ряде документов именуемый медицинским отделом, помимо самого краевого центра обслуживал еще 16 прилегающих районов, при этом в структуре Ставропольского городского медицинского отдела были выделены санитарный и эпидемиологический подотделы [4]. В составе Ессентукского городского и районного управления помимо отдела здравоохранения, начальнику которого подчинялись городской санитарный врач и городской врач-эпидемиолог, функционировал курортный (в ряде документов – курортно-лечебный) отдел [6, л.40-43]. В городе-курорте Пятигорске, в черту которого входил и ряд прилегающих населенных пунктов, было организовано управление главного врача [20, с.277]. В ряде малых по размеру административных единиц в структуре управ была введена должность районного врача, в подчинении которого мог находиться санитарный врач.

С началом оккупации часть лечебных заведений, к которым относились, в первую очередь, стационарные и амбулаторные учреждения в крупных населенных пунктах, продолжили свою работу, при этом ряд специализированных больниц и диспансеров были закрыты. Так, по приказу оккупантов прекратила свою работу Ставропольская психоневрологическая больница, которая к началу оккупации помимо жителей Ставропольского края частично обеспечивала психиатрической помощью население Краснодарского края, Ростовской области и Дагестанской АССР [9], около 700 больных было расстреляно и уничтожено в машинах-душегубках, а сама больница была практически полностью разрушена [15]. Подобным образом было уничтожено более 300 душевнобольных людей, находившихся на лечении в городской больнице №3 г. Краснодара, более 340 пациентов Березанской лечебной колонии, 95 душевнобольных в Новочеркасской психиатрической больнице и в других местах [28]. С уничтожением больных практически повсеместно было прекращено оказание квалифицированной психиатрической помощи населению. Кроме того, закрылся ряд других специализированных лечебных учреждений и отделений в больницах, а их пациенты зачастую были уничтожены. Такая участь постигла 42 ребенка, нахо-

дившихся на излечении в Краснодарской краевой детской больнице [31], 214 больных детей, ранее эвакуированных из Симферопольского детского дома и находившихся в г. Ейске, 54 больных костным туберкулезом ребенка в курортном поселке Теберда [13]. Прекратили свою работу ряд туберкулезных диспансеров и больниц, санитарно-эпидемические, малярийные и противочумные станции. Часть них, например, противотуберкулезный диспансер и противомаларийная станция в г. Черкесске, в связи с распространением эпидемических заболеваний среди местного населения позднее возобновили свою работу с разрешения немецкого командования [21, с.67]. В связи с риском распространения венерических заболеваний среди солдат и офицеров немецкой армии начали работу соответствующие лечебные учреждения, зачастую закрывшиеся с началом оккупации. Так, «при помощи германского командования» возобновил свою работу кожно-венерологический диспансер в г. Ставрополе [27], был восстановлен прием кожно-венерических больных в городах Кавказских Минеральных Вод [34, с.150], открыто венерическое отделение в Анапской больнице, осуществлялся прием больных даже в ряде сельских поликлиник, например, в Изобильненском районе Ставропольского края [7].

По решению оккупационных властей бюджет лечебных учреждений формировался из выделяемых местной администрацией средств, отчислений хозяйственных организаций, а также собственного фонда больниц, амбулаторий, поликлиник, пополняемого за счет взимаемой за оказание медицинских услуг платы. В г. Анапа амбулаторный прием стоил 4 руб., стационарное лечение – 12 руб. в день, в г. Майкопе прием в поликлинике – 5 руб., стационарное лечение – 15 руб. в день, аборт 100-200 руб. [32, с.79]. В г. Краснодаре стоимость приема в поликлинике составляла 3-5 руб., стационарное лечение в больнице – 20-30 руб. в день, в хирургическом и гинекологическом отделениях – 30-40 руб. в день, операция в больнице – 30-250 руб. в зависимости от сложности [3]. Размер платы утверждался на местном уровне и, как правило, имел ряд оговорок и предусматривал некоторые скидки. Так, в г. Краснодаре размер оплаты стоимости услуг был различным для рабочих и служащих с зарплатой до 900 руб. в месяц и для этих же категорий населения с зарплатой свыше 900 руб. в месяц, а также кустарей и торговцев. В отдельную категорию были выделены приезжие, оплата услуг для которых была максимальной. Ставропольским горздравотделом стоимость нахождения в стационаре местной больницы была установлена в размере 15 руб., первичный прием в учреждениях амбулаторного типа для рабочих, служащих и членов их семей, а также безработных – 5 руб., вызов на дом – 10 руб., для прочих групп населения прием – 10 руб., вызов на дом – 20 руб., первичный прием

в детской поликлинике для семей рабочих, служащих, а также безработных – 1 руб., вызов на дом – 3 руб., для прочих групп населения прием – 2 руб., вызов на дом – 6 руб. При этом от платы за стационарное лечение помимо венерических больных освобождались роженницы, больные с инфекционными заболеваниями, а также пациенты детских консультаций [7, л.26-28]. В г. Пятигорске плата за прием у врача-специалиста в среднем составляла 10 руб., однако в поликлинике бальнеологического института, где имелось самое современное на тот момент медицинское оборудование, к началу ноября 1942 г. плата была снижена до 5 руб., что могло быть связано с открытием поликлиники в прилегающей к городу станции Горячеводской [20, с.277].

Следует отметить, что ряд исследователей германской оккупационной политики на Северном Кавказе, расходясь в некоторых оценках, приходят, тем не менее, к общим выводам о попытке проведения новыми властями некоего «кавказского эксперимента» и «коррекции прежнего нацизма» [19, с.6-7]. В частности, осуществляемый ими перевод системы здравоохранения на платную основу не сопровождался полным отказом от бесплатного оказания услуг малоимущим слоям населения, что было продиктовано необходимостью поддержания приемлемого уровня санитарно-эпидемиологической обстановки в местах дислокации германской армии, а также стремлением добиться пропагандистских целей [14]. Тот факт, что в период оккупации полного отказа от бесплатного оказания медицинской помощи населению не произошло, подтверждается, в частности, сведениями о движении больных по Ставропольской городской больнице. Информация о платных пациентах здесь появилась с октября 1942 г., при этом в отчете за 07.10.1942 г. из 260 больных, находившихся на лечении в больнице, зафиксировано 83 платных пациента. В последующие дни оккупации доля платных больных существенно не менялась, составляя, как правило, не более 1/3 от общего количества пациентов: на 01.11.1942 г. платных было 75 из 249 больных, на 01.12.1942 г. – 69 из 208, на 31.12.1942 г. – 44 из 196 [5]. Принимая во внимание те категории больных, которые освобождались от внесения платы за лечение, следует отметить наличие в хирургическом, терапевтическом, ушном, глазном, нервном, туберкулезном и других отделениях существенного количества пациентов, которые не оплачивали свое пребывание в стационаре больницы.

Формально расходы на здравоохранение при оккупантах были соизмеримы с аналогичными расходами при советской власти, а в ряде случаев даже превышали их. К примеру, в г. Буденновске Ставропольского края местная управа заявляла, что выделила на развитие

здравоохранения во II полугодии 1942 г. сумму 131 тыс. руб. (около 7% бюджета), в то время как в 1941 г. горисполком ассигновал на эти цели всего 43,6 тыс. руб. (0,63% бюджета). В г. Георгиевске на нужды местного здравоохранения оккупационные власти на IV квартал 1942 г. направили 532 тыс. руб. из 2,5 млн. (21% бюджета) [20, с.278]. По заявлению новых властей, в г. Ставрополе в августе 1942 г. самая большая сумма – 180 тыс. руб. из 600 тыс. руб. (30%) доходной части бюджета – была предназначена отделу здравоохранения [22]. Однако, учитывая, во-первых, практически повсеместную нехватку лекарств, материалов и инструментов, во-вторых, увеличение количества больных и раненых, зафиксированное во многих районах, а главное – многократное изменение масштаба цен по сравнению с довоенными, следует отметить недостаточный уровень финансирования учреждений здравоохранения. Так, городская управа г. Новороссийска, исходя из окладов 1935-1936 гг., установила для врачей ставки 600-700 руб. в месяц, в то время как врач со стажем 10 лет к моменту начала оккупации зарабатывал 1000-1200 руб., при этом цены выросли в 5-8 раз. В этой связи главный врач Кубани позднее издал распоряжение о применении для медицинских работников 50%-ной надбавки (для низкооплачиваемых категорий – 100%), а также возможности установления персональных ставок высококвалифицированным работникам [19, с.96]. Тяжелые материальные условия жизни медицинских работников и членов их семей подтверждаются и воспоминаниями очевидцев оккупации [25].

Решить вопрос медицинского обслуживания населения, обеспечив при этом занятость ряда специалистов, новые власти попытались, позволив врачам, фельдшерам, акушеркам и другим медицинским работникам заниматься частной врачебной практикой при наличии соответствующего разрешения и оплаченного патента [6, л.35]. В газетах появилось немало объявлений о покупке медицинских инструментов, об оказании на дому медицинских услуг [24], об осуществлении за плату различного рода анализов в лабораториях ряда учреждений [23]. Тем не менее, попытка новых властей переложить проблему медицинского обслуживания местного населения на плечи частнопрактикующих специалистов существенного успеха не принесла. Низкая покупательная способность населения, отсутствие необходимых лекарств и инструментов не способствовали массовому распространению данного вида услуг.

Несмотря на заявления властей, в тяжелом положении находилась аптечная сеть, испытывавшая острую нехватку и дороговизну лекарств. В г. Майкопе, где с целью «наилучшего использования ограниченных запасов медикаментов», в августе 1942 г. произошло

слияние четырех аптек в одну, в результате которого цены на лекарства в ней были повышены на 200% [32, с.79]. В г. Карачаевске (в то время - Микоян-Шахаре) с 12.09.1942 г. местный староста распорядился увеличить стоимость лекарств на 100%, установить плату за изготовление лекарств в размере 1 руб., стоимости дистиллированной воды – 1 руб. за 1 кг. [8]. В г. Черкесске даже примитивные лекарства, преимущественно для наружного применения, можно было купить только на базаре, а более серьезные и дорогие – у немцев, при этом население зачастую было вынуждено прибегать к народным методам лечения [21, с.82]. «Открытые» оккупантами аптеки во многих населенных пунктах на деле функционировали и до захвата их немецкой армией. Аналогичная ситуация наблюдалась и с «началом работы» подавляющего большинства больниц, поликлиник, родильных домов в г. Краснодаре [20, с.279], г. Ставрополе [27], г. Майкопе [32, с.79] и др., где в действительности в период оккупации закрылся целый ряд лечебно-профилактических учреждений, а количество сотрудников в сохранившихся заведениях зачастую даже сокращалось. В случае, когда неудовлетворительное состояние дел становилось слишком очевидным, как было, например, в случае с работой курортов Кавказских Минеральных Вод, новые власти объясняли это тем, что им «за последние годы большевики нанесли большой ущерб» [16].

Что касается проведения профилактических мероприятий, направленных на предотвращение появления массовых заболеваний, необходимо отметить, что по информации советских органов здравоохранения в период оккупации, например, Ставропольского края, были ликвидированы все санитарно-эпидемиологические станции и санитарно-бактериологические лаборатории, а проведение предохранительных прививок запрещалось [12]. Этому противоречат многие источники, указывающие на то, что немцы, панически боявшиеся развития различных эпидемий, в случае появления признаков соответствующих заболеваний требовали строгой изоляции больных и проводили необходимые прививки. Подобные мероприятия осуществлялись в г. Таганроге, г. Нальчике [20, с.279-280], г. Ставрополе [11], г. Ессентуках [6, л.27,31] и многих других, причем за невыполнение требований по вакцинации населения, проводившейся бесплатно, немцами предусматривались суровые наказания – от штрафа в размере 300 или 500 руб. в первый раз до предания суду во второй раз. Тем не менее, отсутствие систематической и повсеместной вакцинации от различных заболеваний, недостаток лекарственных препаратов, ухудшение питания населения, невыполнение многих санитарных норм, контакт пленных и раненых с местными жителями в итоге привели к вспышкам инфекционных заболеваний (туляремии, сыпного тифа, брюшного тифа, малярии) на уже освобожденной от оккупантов территории [10].

Неизменным оставалось и неукоснительно соблюдалось на территории Ставрополья и Кубани распоряжение германского командования о медицинском обслуживании лиц, принадлежащих к немецкой армии [32, с.80]. Всем врачам прием на дому и лечение таких пациентов, за исключением экстренных случаев, были запрещены. В случае оказания помощи немецким солдатам и офицерам врачи были обязаны немедленно сообщать об этом в комендатуру. В частности, в г. Ессентуки предписывалось доводить подобную информацию до сведения немецкого доктора в отдел IV «в» полевой комендатуры [6, л.35].

Позиция оккупационных властей в части подготовки медицинских кадров в подвергшихся оккупации районах Северного Кавказа не носила ярко выраженный характер. Судя по всему, германское командование не настаивало на повсеместном закрытии образовательных высших и средних медицинских учебных заведений. В первую очередь это объяснялось нехваткой кадров – как врачей, так и среднего медицинского персонала, часть из которых была мобилизована в ряды Красной Армии, другие в связи с приближением фронта эвакуировались в тыловые районы, многие были уничтожены немцами в ходе карательных акций против еврейского населения. Тем не менее, возобновление в период оккупации работы Кисловодского филиала 1-го Ленинградского медицинского института [17], Пятигорского химико-фармацевтического института, Пятигорской фельдшерско-акушерской школы [34, с.148-149], Черкесской двухгодичной медицинской школы [21, с.70] и других учебных заведений в большей степени было инициативой их преподавательских коллективов, носило локальный характер и не могло в полной мере обеспечить потребность лечебных учреждений региона в медицинских кадрах. Возобновление занятий в не успевшем эвакуироваться до оккупации Ставропольском медицинском институте, дату начала которого городское управление объявляло дважды – с 01.09.1942 г. и с 01.01.1943 г., так и не состоялось [18].

Всего за время войны гитлеровцы уничтожили и разграбили на территории СССР около 40 тыс. больниц и других лечебных учреждений [30]. Итогом пребывания оккупантов на территории Северного Кавказа стало разрушение 493 больниц, поликлиник и других лечебных учреждений в Ростовской области [33], 607 медицинских учреждений в Краснодарском крае [1], 727 лечебных учреждений в Ставропольском крае [29] и большого количества объектов здравоохранения в других районах региона.

Мероприятия оккупационных властей в области здравоохранения, которые в первые месяцы войны были направлены на выполнение учетных и административных функций, а затем сформировались

во вполне определенную политику по отношению к местному населению, всегда имели своей целью обеспечение комфортного пребывания германской армии на занятых ею территориях. Декларируемая новыми властями забота о здоровье местных жителей, более ярко проявившаяся на Северном Кавказе и выражавшаяся в обещании увеличить финансирование лечебных заведений, заявлениях об открытии новых медицинских учреждений, проведении противоэпидемических мероприятий, социальной поддержке малоимущих слоев населения, на деле обернулась снижением доступности квалифицированной медицинской помощи, нехваткой лекарств, возникновением вспышек инфекционных заболеваний. Прекращение целенаправленной подготовки медицинских кадров, наблюдавшееся практически на всех оккупированных территориях, уже в краткосрочной перспективе гарантировало неизбежное уничтожение системы здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. ГБУЗ «Центр медицинской профилактики министерства здравоохранения КК». Становление здравоохранения на Кубани URL: <http://www.med-prof.ru/hist1.html> (дата обращения: 26.08.2018)
2. Государственный архив Краснодарского края (ГАКК). Ф. Р-1255. Оп. 1. Д. 1. Л. 3-4.
3. ГАКК. Ф. Р-418. Оп. 1. Д. 26.
4. Государственный архив Ставропольского края (ГАСК). Ф. Р-1053. Оп. 1. Д. 1. Л. 1.
5. ГАСК. Ф. Р-1053. Оп. 1. Д. 6. Л. 1-153.
6. ГАСК. Ф. Р-1053. Оп. 1. Д. 116.
7. ГАСК. Ф. Р-1053. Оп. 1. Д. 117.
8. ГАСК. Ф. Р-1121. Оп. 1. Д. 46. Л. 2.
9. ГАСК. Ф. Р-2498. Оп. 1. Д. 24. Л. 9.
10. ГАСК. Ф. Р-2795. Оп. 1. Д. 114. Л. 6-31.
11. Городская жизнь // Ставропольское слово. 1942. 30 сен. – С. 4.
12. Докладная записка заведующего отделом здравоохранения Ставропольского крайисполкома Л.Я. Варшавского председателю правительственной комиссии Романьчеву о мероприятиях по восстановлению лечебно-профилактической сети в крае // Ставрополье: правда военных лет. Великая Отечественная война в

- документах и исследованиях. – Ставрополь, 2005. – С. 286-287.
13. Документы обвиняют. Сборник документов о чудовищных преступлениях немецко-фашистских захватчиков на советской территории. Выпуск 2. М.: Госполитиздат, 392 с. – С. 112, 162.
 14. Доронина Н.В. Нацистская пропаганда на оккупированных территориях Ставрополья и Кубани в 1942-1943 гг.: цели, особенности, крах. Дис. ... канд. ист. наук. Ставрополь, 2005. 181 с. – С. 117-118.
 15. Дорит А.Я. Краткий очерк истории психоневрологической помощи в Ставропольском крае. Ставрополь: Ставропольская правда, 1957. 48 с. – С. 20.
 16. Жизнь в Пятигорске // Утро Кавказа. 1942. 16 дек. – С. 3.
 17. Карташев А.В. Работа высших учебных заведений на Ставрополье в период Великой Отечественной войны // Гуманитарные и юридические исследования: научно-теоретический журнал. Выпуск №2. – Ставрополь: СКФУ, 2016. – С. 76.
 18. Карташев И.В. К вопросу о работе Ворошиловского (Ставропольского) медицинского института в период немецкой оккупации (1942–1943 гг.) // Гуманитарные и юридические исследования: научно-теоретический журнал. Выпуск №2. – Ставрополь: СКФУ, 2018. – С. 63-72.
 19. Кринко Е.Ф. Жизнь за линией фронта: Кубань в оккупации (1942-1943 гг.). Майкоп: Изд-во АГУ, 2000. 242 с.
 20. Линец С.И. Северный Кавказ накануне и в период немецко-фашистской оккупации: Состояние и особенности развития, июль 1942 - октябрь 1943 гг. – М.: РГБ, 2003. 657 с.
 21. Михайлов И.В. Оккупация, или 160 дней по германскому времени. – Ставрополь: Сервисшкола, 2007. 132 с.
 22. Наш бюджет // Ставропольское слово. 1942. 2 сен. – С. 1.
 23. Объявления // Ставропольское слово. 1942. 2 окт. – С. 4.
 24. Объявления // Утро Кавказа. 1943. 3 янв. – С. 4.
 25. Пильщиков А.А. Эвакуация Ворошиловского медицинского института в августе 1942 года глазами очевидца // На рубежах Кавказа: сборник докладов, выступлений, научных статей по материалам научно-практических конференций СтГМА, посвященных 65-й годовщине Победы в Великой Отечественной войне. – Ставрополь: СтГМА, 2010. – С. 133.

26. План «Ост». Письмо М. Бормана А. Розенбергу относительно политики на оккупированных территориях от 23.07.1942 г. Военно-исторический журнал, 1965, № 1.
27. Работа медицинских учреждений // Ставропольское слово. 1942. 25 ноя. – С. 4.
28. Сборник документов по установлению злодеяний на территории Северного Кавказа в период оккупации нацистской Германией / Сост. Н.А. Чугунцова, Е.Ю. Седой, М.А. Лаврентьева, И.В. Реброва. КубГТУ. – Краснодар: изд-во ФБГОУ ВПО «КубГТУ», 2013. 118 с. – С. 49, 103.
29. Ставропольский государственный музей-заповедник (СГМЗ). Ф. 98. Д. 53. Л. 18.
30. Страна Советов за 50 лет. Сборник статистических материалов. – М.: Статистика, 1967. 352 с. – С. 33.
31. Судебный процесс по делу о зверствах немецко-фашистских захватчиков и их пособников на территории гор. Краснодара и Краснодарского края в период их временной оккупации // Комсомольская правда. 1943. 18 июля. – С. 3.
32. Хоменко Т.К. Медики Кубани: жизнь в оккупации (1942-1943 гг.) // Санаторно-курортное лечение и отдых в Анапе: ежегодный научно-практический журнал. – Краснодар: Советская Кубань. – № 13, 30 мая 2011.
33. Центр документации новейшей истории Ростовской области. Ф. Р-1886. Оп. 1. Д. 19. Л. 4.
34. Шамилева М.Д., Линец С.И. Состояние органов здравоохранения Ставропольского края в период немецко-фашистской оккупации (август 1942 г. – январь 1943 г.) // Университетские чтения. Часть 11. – Пятигорск: ПГУ, 2014.

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ И ЭВОЛЮЦИЯ СОЦИАЛЬНЫХ ЦЕННОСТЕЙ

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ В МУЗЕЙНЫХ КОЛЛЕКЦИЯХ

К.А. Пашков, Е.Е. Бергер, Г.Г. Слышкин, М.С. Тютурская, Н.В. Чиж
Московский государственный медико-стоматологический
университет имени А.И. Евдокимова
Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко
ФГБОУ ВО «Российский университет транспорта (МИИТ)»

MEDICAL HISTORY IN MUSEUM COLLECTIONS

K.A. Pashkov, E.E. Berger, G.G. Slyskin, M.S. Tytorskaya, N.V. Chizh
A.I. Yevdokimov Moscow state university of medicine and dentistry
FSSBI «N.A. Semashko national Research institute of public health»
Federal State Institution of Higher Education
«Russian University of Transport».

Аннотация: В статье поднимается тема музейной педагогики и представлено новое учебное пособие «История медицины в музейных коллекциях», в котором изучение курса истории медицины в новом формате, направленное на активную самостоятельную работу студентов.

Ключевые слова: Социальная история медицины, проблемный подход, музейная педагогика.

Abstract: The paper is devoted to the role of the museum pedagogy in teaching history of medicine and the new textbook «History of Medicine in Museum Collections». The book is written for the medical students and is aimed at the active independent work of students.

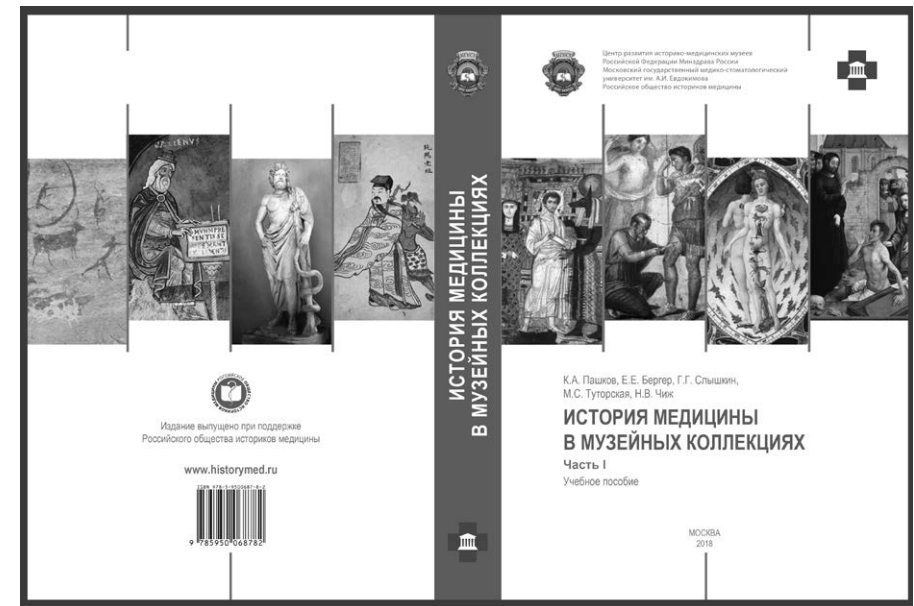
Key-words: Social history of medicine, problem approach, museum pedagogy.

Вызовы современности делают особенно актуальной проблему профессиональной интеграции, навыков устной и письменной научной речи и способности участвовать в научной дискуссии. Для истории медицины, как и для современного историко-медицинского музея, важным аспектом коммуникации является междисциплинарный и межкультурный диалог, который может рассматриваться как средство для обеспечения наглядной репрезентации связей

между представителями медицинских специальностей, врачами и пациентами, врачами разных эпох и представителями различных медицинских систем. «Превращаясь в значимое средство трансляции противоречивых и конкурирующих между собой социальных ценностей, музейная экспозиция отходит от однозначной интерпретации отражаемой действительности, поляризации оценок в рамках дихотомии белого и черного. Она обретает черты полифоничности, сообщая адресату коммуникации о наличии проблемы выбора и позволяет сделать этот выбор самому» (Пашков 2016). Так как историко-медицинский музей является одним из основных «наглядных пособий» для курсов истории медицины в целом или изучения отдельных модулей программы, то проблемный, хронологический и тематический принципы построения экспозиции актуальны и для организации учебных пособий по предмету (Бергер 2017).

В учебном пособии «История медицины в музейных коллекциях» (Пашков 2018) используются различные современные концепции, междисциплинарный и кросс-культурный подходы. В соответствии с тем, что в настоящее время курс истории медицины, как правило, преподается студентам первого года обучения, пособие адаптировано для уровня подготовки первокурсников (Карташов 2017). Для каждого модуля пособия выделены ключевые проблемы. Такими проблемами для первого тома стали:

- Путь искусства долгов: музейные коллекции
- Начало истории: палеомедицина
- Мудрость лотоса, сила женьшеня: традиционные медицинские системы Индии и Китая
- Врач философ равен Богу: религия и медицина
- Cito, Longe, Tarde: эпидемии
- На плечах гигантов: медицинское образование
- Мертвые учат живых: анатомия
- Что не лечит железо, лечит огонь: хирургия
- Врач лечит, природа исцеляет: терапия
- Вода очищает все: гигиена



Авторы считали необходимым кратко представить подходы и научные дискуссии, позволяющие рассмотреть историко-медицинские проблемы с различных точек зрения: история медицины в зеркале общеисторических процессов, история медицины как науки, история медицины как практической деятельности, история медицины в контексте гендерных исследований, история тела, медицина и власть, история медицины в рамках различных культур и межкультурного взаимодействия и т. д. Они рассматриваются в соответствии с общепринятой общей периодизацией мировой истории: первобытное общество, Древний мир, Средневековье, Новое время (от Великих географических открытий до начала I мировой войны), Новейшее время (с 1914 года и по настоящее время). Хронологически первый том охватил период от первобытного общества до эпохи Возрождения.

Вторая часть пособия «История медицины в музейных коллекциях» будет выполнена в ином формате. Хронологически она будет охватывать период с XVII по XIX-XX вв. При этом если в первой части пособия акцент был сделан на социальной истории медицины и рассматривались материалы по врачеванию, гигиене и обучению медиков, то во второй части авторы рассматривают историю медицины в более традиционном для преподавания истории медицины в России ключе - в контексте истории идей: то, что традиционно называлось «внутренней историей медицины» (Войцехович 1999). Материалы, свидетельствующие об эволюции научной мысли, даны в сочетании с

иллюстрациями, позволяющие представить себе историю появления и распространения научной мысли в ее социальном контексте, то, как исследования ученых видели и оценивали их современники (Склярова 2015). Видеоряд в этом томе идет, на первый взгляд, вразрез с содержанием, но авторы специально пошли на этот шаг: иллюстрации помогают увидеть, как это развитие медицинской мысли воспринималось «извне», в немедицинском и околomedicalном мире. Жанровые бытовые сценки, портреты врачей, медицинская реклама и иллюстрации медицинских трактатов помогают воссоздать атмосферу развития медицинских идей. Авторы ставят целью показать, какими инструментами пользовались исследователи и в каких условиях и интересах ставили эксперименты и строили свои гипотезы, а также отслеживать реакцию социума на то, что происходило в медицине.

Источники во втором томе также подобраны по иному принципу. Это объясняется тем, что фрагменты из медицинских трудов инкорпорированы в сам текст. Источниками же служат преимущественно фрагменты из мемуаров, художественных произведений и прессы.

Работа с пособием предполагает не пассивное усвоение определенного набора терминов, дат и фактов, а активную самостоятельную работу студентов как до, так и после занятия. Каждая глава открывается временной шкалой, перечнем имен и дат, глоссарием, вопросами для самостоятельной работы, ответы на которые должны быть найдены студентами до начала занятия. Эта работа не потребует существенных трудозатрат, но после ее выполнения студент приходит на занятия, представляя, о чем пойдет речь. Это существенно повышает возможности восприятия нового материала.

Подобный подход поможет студентам ориентироваться в многообразии актуальных современных направлений исследований и научных методологий и подготовит их к применению различных методик сбора и обработки информации, к изучению, анализу и планированию самостоятельной научно-исследовательской работы. Модули учебного пособия ориентированы на презентацию различных исследовательских проблем, а не их решение, предоставляя учащимся пищу для споров и размышлений и научных дискуссий. Задача учебного пособия — развитие навыков самостоятельной работы, необходимых для участия в студенческих конференциях, олимпиадах и публикационной активности с первых курсов университета.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Пашков К.А., Слышкин Г.Г., Чиж Н.В. Проблема морального выбора в коммуникативном пространстве медицинского музея. // *Материалы всероссийской научно-практической конференции, посвященной открытию музея истории Иркутского государственного медицинского университета, в рамках 355-летия города Иркутска «Роль медицинских вузов в подготовке медицинских кадров: исторические аспекты»*, Иркутск, 2016. С. 524 – 527.
2. Бергер Е.Е., Тутурская М.С., Чиж Н.В. Роль медицинского музея в медицинском образовании и просветительской работе (материалы доклада) // *Материалы международной научно - практической конференции «Наука и образование в современном мире»*. Т. 4. – Караганды: РИО «Болашак-Баспа» 2017. – С. 178 – 179
3. *История медицины в музейных коллекциях*. Пашков К.А., Бергер Е.Е., Слышкин Г.Г., Тутурская М.С., Чиж Н.В. // Москва. Магистраль. 2018.
4. Карташев А.В., Курьянов А.К. Роль музея истории в образовательном процессе медицинского вуза // *Материалы международной научно-практической конференции «Проблемы социально-экономического и культурного развития России в условиях преодоления кризиса»*. Северокавказское издательство МИЛ. 2017. С. 85-92.
5. Войцехович Б.А., Кутняхов Н.А., Карипиди Р.К., Слаута Т.Ф., Тесленко Л.Г., Редько А.Н. *Социальная Медицина На Рубеже XXI Века* // Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар. 1999.
6. Склярова Е.К., Жаров Л.В. *История медицины. Учебное пособие для студентов медицинских университетов* // Ростовский государственный медицинский университет, 2015.

НРАВСТВЕННО-ПРОСВЕТИТЕЛЬСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МОНАСТЫРСКОЙ МЕДИЦИНЫ

К. В. Зорин

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова»

Минздрава России, Кафедра ЮНЕСКО

«Здоровый образ жизни — залог успешного развития»

MORALLY-ENLIGHTENMENT PARTICULARITIES OF MONASTERY MEDICINE

K. V. Zorin

Moscow state university of medicine and dentistry

named after A. I. Evdokimov,

Department of UNESCO

«Healthy lifestyle — the key to successful development»

Аннотация: Автор исследует нравственно-просветительские аспекты монастырской медицины Древней Руси.

Abstract: The author researches morally-enlightenment aspects of monastery medicine of old Russia.

Ключевые слова: История медицины, организация здравоохранения, монастырская медицина, профилактика заболеваний, здоровый образ жизни.

Key-words: History of medicine, the organization of public health services, of monastery medicine, prevention of diseases, healthy lifestyle.

Историки науки выделяют особый этап развития отечественного врачевания — монастырскую медицину. Ей посвящено немало серьезных исследований. Но хотелось бы еще раз обратить внимание на некоторые специфические аспекты, проанализировав их не только с точки зрения истории, но также психологии здоровья и здорового образа жизни.

Один из стержней монастырской медицины — просветительская и профилактическая направленность. Археологические данные свидетельствуют о развитии народной гигиены среди первобытных племен, населявших территорию нашей страны. В произведениях X–XIII вв. (Иллариона Киевского, Нестора, Владимира Мономаха и др.) упоминаются сведения о лечебной диететике, почерпнутые из народной медицины восточных славян. Например, это назначение сырой печени трески при куриной слепоте, а витаминосодержащих овощей и ягод — при цинге (Гуляева 2006).

Однако становление врачевания на Руси как особой социальной системы попечения о болящих (системы общественного призрения) неразрывно связано с принятием христианства (Богоявленский 1960). Традиции монастырской медицины Византии были активно востребованы на Руси после крещения. Монахи, пришедшие из Греции, принесли с собой не только полезные знания, но и представление о врачевании как особом долге подвижника. Поэтому первыми обителями врачевания на Руси являлись монастыри. Они создавались по подобию греческих как просветительские и культурные центры, распространители знаний, в том числе медицинских.

С момента крещения Руси врачевание находилось под непосредственным покровительством Православной Церкви. Великий князь Владимир в своем Уставе (996 г.) объявлял больницы церковными учреждениями, а «лечцов» (врачей) — людьми церковными, подвластными епископу. Христианские заповеди милосердия, сострадания, любви к ближнему связывались с попечением о болящих, заботой о вдовах, стариках и сиротах.

Князь Владимир строил храмы, установил десятину, которая шла на содержание богаделен, странноприимных домов и больниц. По свидетельству летописей, он велел разыскивать по городам больных и доставлять им на дом пропитание. Устав князя Владимира, опиравшийся на правила и законы Греческой Православной Церкви, стал основанием для устройства благотворительных учреждений в России вплоть до XVIII столетия.

Убогие и недужные со всей Киевской Руси приходили в монастыри и многие получали исцеление. Для тяжело больных сооружались специальные помещения — монастырские больницы. Там же с XI в. монахи собирали и переводили древнегреческие и византийские рукописи, пополняли их своими знаниями и опытом, обучали врачеванию. Это были своего рода первые медицинские университеты. По благочестивому обычаю, ни один древний лечебник не обходился без указания «на премудрость Божию в устройении» анатомии и физиологии человека.

Киевский князь Владимир Мономах в своем «Поучении» к детям писал о том, что угнетение психики, как и лень, — первые ступени к болезням, а труд — условие гармоничного развития человека.

С первой половины XI в. большую роль в истории русской монастырской медицины играла Киево-Печерская Лавра. При ней существовали прообразы госпитально-больничных учреждений. Так, в 1070 г. ее игумен, преподобный Феодосий, сам занимавшийся врачеванием,

построил при монастыре дом для лечения больных и содержания инвалидов. В 1091 г. митрополит Ефрем Переяславский возвел церковь и при ней «строение банное и врачевое, и больницы, всем приходящим безмездно врачевание...»

Первый документ, обобщающий опыт врачевания на Руси, — это «Киево-Печерский патерик». В нем значительное место уделяется образам монахов-лечцов и разрабатывается концепция врачевания как духовного служения. Способность исцелять людей трактуется как дар Божий, а врачевание воспринимается в первую очередь как неотъемлемая часть служения Господу и ближним (Ольшевская 1999).

Уходя в соседние русские земли, Киево-Печерские монахи основывали новые обители и тем самым способствовали широкому распространению медицинских знаний, накопленных в стенах Лавры. При новых монастырях открывались собственные больницы.

В ту далекую пору выработали довольно прогрессивные взгляды и на практику врача, особенно хирурга. В духовном сборнике «Маргарит» (XII в.) сказано, что «резальник» должен быть смелым, решительным, «в цветущем возрасте», иначе он не сумеет увидеть, «где железо лежит в ране». Оперировать предписывалось быстро, не упуская времени, чтобы «скоростию украдаты болезни чувство».

Исторически очень рано из группы «резальников» выделились отдельные специалисты. К примеру, «повивальная бабка» (акушерка) упоминается в Остромировом Евангелии (XI в.).

Лекарскому искусству посвящали себя и мужчины, и женщины. Особо выделяется имя княгини Евпраксии. Она родилась около 1108 года в семье князя Мстислава Владимировича и приходилась внучкой Владимиру Мономаху. С детства княжна собирала травы и корни, распознавала их целебные свойства и старательно изучала народную медицину. В юности Евпраксия небезуспешно лечила придворных слуг и окрестных крестьян, за что в народе ее прозвали Добродеей.

В 1122 году княжна стала супругой византийского императора Алексея Комнина, но замужество не отвлекло ее от любимого занятия. В 30-х годах XII века она написала первый на Руси научно-медицинский трактат — универсальный труд по различным вопросам физиологии, гигиены, терапии и профилактики заболеваний. Если судить о произведении, соразмеряясь с уровнем развития европейской медицины XII столетия, то это подлинно выдающееся творение.

Многие рецепты и наставления очень грамотны и рациональны. Так, считалось, что запахи пижмы и рябины активизируют деятель-

ность головного мозга и поднимают тонус, а полынный аромат увеличивает силу сокращения мышц (в том числе матки), обезболивает и останавливает кровотечение в родах. Поэтому во избежание выкидыша и преждевременных родов беременным женщинам использовать полынь запрещалось.

Выделим некоторые особенности, характеризующие научные основы, нравственно-просветительские аспекты и профилактическую направленность монастырской медицины.

- Рациональный подход к ведению здорового образа жизни и профилактике заболеваний постоянно сталкивался с псевдодуховными попытками поставить медицину под контроль оккультно-мистических теорий и практик.

В отличие от языческого мира, на православной Руси целебные свойства растений были начисто лишены всякой мистической окраски и мифологической подоплеки. Церковное вероучение избавило медицину от суеверных преданий и нелепых сказаний. Поясним это на примере древнегреческого мифа о «заступничестве» богини деторождения Артемиды.

Дело в том, что родовое название полыни обыкновенной — «артемизия» — восходит к греческому «артемиз» (здоровье) или «артемида» (богиня деторождения и охоты). Согласно мифу, эта «небожительница» впервые применила полынь в качестве родовспомогательного средства. Впоследствии повивальные бабки специально жгли полынь во время родов, во-первых, чтобы «умилостивить богов», а во-вторых, чтобы помочь роженице расслабиться и благополучно разрешиться. Понятно, что православные травоведы пользовались полынью исключительно из медицинских соображений (для стимуляции родовой деятельности) и без упоминания невежественных языческих поверий.

В библиотеке Кирилло-Белозерского монастыря среди книг преподобного Кирилла обнаружен интересный трактат. В нем многие физиологические и патологические явления объясняются со ссылкой на великого античного врача Галена. Как отмечают исследователи, святой Кирилл не чуждался сочинениями древних о законах естества. Он пользовался ими, чтобы искоренять предрассудки и разоблачать мистические взгляды на естественные процессы организма.

Однако все это не означает, что монастырская медицина была на Руси монополистом. Кроме нее, существовала еще враждебная ей языческая медицина (колдуны, волхвы, ворожеи, знахари). Еще в «Уставе о церковных судах» князя Владимира преступлениями против веры названы волхование и »зелейничество» — использование

средств и методов языческой медицины, магических снадобий и заклинаний, «снятие» и »наведение» порчи, сглаза и т. п. Несмотря на это, народ продолжал смешивать оккультно-языческие и христианские понятия об излечении.

- Монастырская медицина рекомендовала церковное таинство покаяния (в частности исповедь) для профилактики и лечения различных недугов.

Речь идет о том, что современная наука именует отклоняющимся, девиантным поведением, различными формами зависимости от психоактивных веществ и состояний, неврозоподобными и психопатоподобными состояниями, психопатиями и т. д. В Византии, на Руси и других христианских регионах психически больные люди обычно прибегали к исповеди и откровенному разговору с опытным духовником. При отсутствии психотропных препаратов и психиатрических клиник, психологической и наркологической служб это в значительной мере успокаивало и утешало страждущих, уменьшало симптомы депрессии и посттравматических стрессовых расстройств, снижало риск суицидальных попыток.

Современные ученые объясняют благотворный эффект исповеди тем, что она помогает человеку «принять и соединить раздробленные части своей личности в Боге», осознать зачастую неосознанно повторяемые вредные привычки и навыки, навязчивые помыслы (Христианская психология в контексте научного мировоззрения 2017). Задействованы и элементы поведенческой психотерапии: стыдась многократно признаваться в нежелательном поступке, человек становится внимательнее к себе, автоматическая привычка (симптом) берется под контроль сознания и тем самым слабеет.

Важен также и механизм отреагирования эмоций: проговаривание неприятных событий, переживаний, обид и их обесценивание. Вполне понятно: горе нужно выплакать, беду — «выговорить». Разрядка и выход накопившихся и застарелых эмоций приносит огромное душевное облегчение. Недаром пословица гласит: «Снять камень с души».

В исповеди опосредованно работают механизмы внушения с элементами рациональной психотерапии (принять и исполнить хороший совет) и механизмы когнитивной психотерапии, которые примиряют несовместимые для сознания пациента противоположные желания и планы на более высоком логическом уровне. В таинстве исповеди сокрыты многие иные психокоррекционные и психотерапевтические методики, способствующие внутреннему росту, созреванию и

гармонизации личности. Отметим и богословскую точку зрения: чисто-сердечное покаяние ведет к прощению грехов, тем самым подрывая корни психических и соматических болезней.

- Особое значение в древнерусском врачевании придавалось диетам.

В литературных сборниках часто имелись целые главы по диететике. Мерилом питания провозглашалась естественная потребность в пище и питье (аппетит), а переедание, гурманство и злоупотребление вином осуждались как нарушение четырех многодневных постов (Великого, Петрова, Успенского, Рождественского) и постных дней (среды и пятницы).

Пост предполагает особый режим питания и имеет непреходящее медицинское значение. Доказано: при атеросклерозе и ишемической болезни сердца для снижения уровня холестерина и других липидов, для профилактики стенокардии и инфаркта миокарда просто обязательна диета, исключающая жирные блюда из различных сортов мяса и рыбы, необезжиренные молочные продукты, торты, сдобные кондитерские изделия и пр. Другими словами, пост показан как лечебная диета. То же относится и к аллергии: постные пищевые предписания близки к гипоаллергенной диете. Правильно соблюдаемый пост эффективно лечит алиментарное ожирение на почве переедания, предохраняет от накопления и способствует выведению из крови вредных продуктов обмена веществ.

Пост улучшает функции центральной нервной системы. Активизируя иммунитет и эндокринные железы, он мобилизует защитные силы, адаптационные и компенсаторные резервы организма. Также создаются предпосылки для благоприятного духовного и психологического состояния человека. Малоядение полностью оправдано с физиологической и клинической точек зрения. А система перемежающегося приема мясной, молочной и полностью растительной пищи весьма рациональна и предвосхищает многие положительные стороны традиционных и новых методик питания.

На Руси считали, что «пост для больных — мать здоровья, а для здоровых — хранитель телесной крепости». Однако главный оздоровительный эффект видели не столько в разумной диете, сколько в исцелении организма божественной благодатью по вере постящегося. Пожилым и ослабленным людям, маленьким детям, беременным и кормящим женщинам, путешествующим давались послабления в посте. Тело, изможденное трудами или болезнями, укрепляли сном, пищей и питьем в любое время по потребности организма.

Существенная роль отводилась также целебным свойствам вина и других спиртосодержащих жидкостей. Их прописывали ратным и служивым людям разных чинов (Лахтин 1904). Однако вино следовало пить с воздержанием, ибо «питие безмерное — мать всему злу и лестница к недугам человеческим».

В духовном сборнике «Пчела» (XIV–XV вв.) констатировалось, что умеренность и воздержание должны быть во всем — в еде, в половых отношениях, во сне и т. д.

- Представители монастырской медицины являлись ведущими врачебными деятелями Руси вплоть до XVI века, а главными больницами — «госпитальные палаты». Эти монастырские здания превращались в военные госпитали при военных действиях, в карантинные больницы — при эпидемиях и т. д.

Показательно, что в «Домострое» — сборнике правил поведения и обязанностей человека времен царя Иоанна Грозного — полностью отсутствует светская медицина. Вся глава на тему, «како врачеваться христианам от болезней и от всяких страданий», основана на православных воззрениях. Лейтмотивом проходит следующая мысль: «Каждый христианин обязан избавлять себя от всяких недугов, душевных и телесных, от душетленных болезненных страданий, жить по заповеди Господней, по отеческому преданию и по христианскому закону... Тогда человек и Богу угодит, и душу спасет, и греха избежит, и получит здоровье, душевное и телесное, и наследует вечные блага» (Сильвестр 1994).

В «Домострое» приводятся также предписания и советы по повседневной бытовой гигиене, санитарные правила для хранения продуктов и приготовления пищи. Вот лишь одна характерная деталь: столовую посуду надлежит всегда тщательно мыть, чистить, скрести, полоскать горячей водой и высушивать.

Разумеется, помимо монастырской, существовала и светская, мирская медицина. Скорее всего она тоже пришла из Византии в X–XII вв. Многие византийские врачи пользовались большой популярностью в народе (Феофил Нонн, Иоанн Смер, Симеон Сыч и другие). В «Русской правде» Ярослава Мудрого упоминается об их праве требовать плату за свою работу.

Конечно, отношения между светской и монастырской медициной были неоднозначными. И все же на Руси сложилась единая система медицинской помощи населению, объединенная общим идеалом, — евангельским служением ближнему. Россия являлась единственной страной в Европе без сословно-цехового деления медиков, а также без

соперничества и антагонизма между монастырскими лекарями, «травниками», практикующими хирургами и костоправами.

Таким образом, в литературных памятниках Киевской Руси, Древнего Новгорода, Московского государства (летописных сводах, сборниках законоположений, церковных документах и других источниках) имеются подробные гигиенические предписания по сохранению чистоты тела, диететике, предохранению от заразных болезней и т. п.

Православные традиции напрямую влияли на образ жизни народа, теорию и практику врачевания, очищая их от ложно-мистических, мифологических, языческих и откровенно сатанинских воззрений. Познание человека как духовно-душевно-телесного существа предопределяло понимание того, что организм можно и нужно лечить естественными средствами. Отрицание естественных, физиологических закономерностей, нарушенных при болезни и потому требующих исправления, — предрассудок, с которым боролись лучшие умы разных эпох. Классическая медицина, восходящая к трактатам Гиппократа и Галена, на Руси никогда не оспаривалась. Она считалась весьма полезной, но недостаточной для полного исцеления.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богоявленский Н.А. Древнерусское врачевание в XI – XVII в.: источники для изучения русской медицины. – М.: Медгиз, 1960. – 326 с.
2. Гуляева Е.Ш. Развитие древнерусской медицинской культуры / Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата исторических наук. – Волгоград, 2006. – 26 с.
3. Лахтин М. Как диагностировались и лечились болезни в Московском государстве // Хирургия. – 1904. – С. 360.
4. Ольшевская Л.А., Травников С.Н. Древнерусские патерики. – М.: Наука, 1999. – 496 с.
5. Сильвестр. Домострой. – М.: Наука, 1994. – Гл. 8. – С. 6.
6. Христианская психология в контексте научного мировоззрения: коллективная монография / Под ред. профессора Братуся Б.С. – М.: Никея, 2017. – 528 с.

САМОЛЕЧЕНИЕ ВЧЕРА И СЕГОДНЯ*М.Н. Короткова**Пермский государственный медицинский университет
им. Е.А. Вагнера***SELF-MEDICATION IN PAST AND PRESENT***M.N. Korotkova**Perm State Medical University named after E.A. Wagner*

Аннотация: Статья посвящена феномену популярности самолечения в прошлом и настоящем. Автор статьи рассматривает самолечение с двух позиций: повседневной жизни людей и политики государства в системе здравоохранения.

Abstract: The article is devoted to the phenomenon of self-medication in the past and present. The author of the article considers self-medication from two positions: everyday life of people and state policy in the health care system.

Ключевые слова: Самолечение, травники и лечебники, социологический опрос, социальная политика государства, дефицит кадров, ответственное самолечение.

Key-words: Self-medication, herbals and book of home cures, sociological survey, government's social policy, shortage of staff, responsible self-medication.

Начнем с причин самолечения. И для этого обратимся к повседневной жизни людей. Как отмечают специалисты, одной из главных причин самолечения долгое время было отсутствие профессиональной медицины. Но с ее возникновением появилась другая проблема – дефицит специалистов. В качестве примера, иллюстрирующего данный тезис, можно взять отрывок из книги Яна Мортимера «Средневековая Англия. Путеводитель для путешественника во времени». В этом отрывке он описывает ситуацию, характерную для средневекового мира в целом: «Когда «королева Изабелла смертельно заболела в 1358 году, она послала лошадь за своим врачом, мастером Лоуренсом, чтобы тот немедленно прибыл к ней в замок Хартфорд. Когда ей стало еще хуже, она вызвала его снова, несмотря на то, что он был в Кентербери, в 70 милях от нее. Поскольку ее положение было отчаянным, она вызвала и других медиков из Лондона, что в 21 миль от замка». Итак, подводит итог истории Мортимер: «Даже если вы королева, лежащая на смертном одре, вам все равно иной раз придется ждать целый день, чтобы получить квалифицированную медицинскую помощь» (Мортимер 2008).

Отсутствие профессиональной медицины люди решали с помощью травников и лечебников, консультации специалистов заменяли советами аптекарей, знахарей и колдунов. Как пишет известный английский историк Элизабет Бартон в своей книге «Повседневная жизнь англичан в эпоху Шекспира»: «"Травник" был столь же необходим, как и кулинарная книга, и для каждого образованного человека, будь то мужчина или женщина, считалось жизненно необходимым знать целебные свойства растений ...» (Бартон 2005).

Второй по важности причиной самолечения была неэффективность профессиональной медицины. Средневековый врач часто применял такие «варварские методы лечения», которые «исцеляли» геморрой прижиганием раскаленным железом, или прописывал «травы, отвары и мази из вызывающих отвращение компонентов (например, голубинового помета для избавления от перхоти)» (Антонетти 2004). Некоторые методы лечения, как популярное в Средние века кровопускание (Parker 2016: 59), могли привести к смерти пациента (Мортимер 2008).

Медицина прошлого часто оказывалась бессильной в лечении многих болезней: эпидемического характера, болезнями кожи, авитаминозом, врожденными физическими недостатками, нервными болезнями и т.д. (Антонетти 2004).

Неэффективность лечения, непрофессионализм врачей часто приводили к росту недоверия пациентов. Как пишет Мортимер, большинство людей елизаветинской Англии предпочитало полагаться на советы, изложенные в лечебниках «не только потому, что это было значительно дешевле, а и оттого, что репутация докторов была не высока» (Мортимер 2014).

Татьяна Диттрич, специалист по повседневной жизни викторианской Англии, приводит в своей книге историю, характерную для медицинской практики того времени: «Один почтенный человек, заботясь о жене, у которой в довольно молодом возрасте стала развиваться близорукость, отвел ее к доктору. Окулист после осмотра женщины заметил, что глаза слабеют оттого, что она страдает от выпадения матки. И вернуть ее зрение возможно только при удалении этого органа» (Диттрич 2007). Уже с позиции людей того времени, этот совет выглядел как шарлатанство.

Третьей серьезной причиной для самолечения стало отсутствие эффективной анестезии: «пациент, готовившийся к операции, был больше похож на осужденного преступника, готовившегося к

казни» (Duin, Sutcliffe 1992: 46). Диттрич приводит описание рядовой операции по ампутации ноги следующим образом: «Хирург появлялся на операции одетый в сюртук не первой свежести с повязанным сверху фартуком, с кровью, оставшейся от предыдущих пациентов. Руки он мыл только после ампутации. Больной, накачанный бренди, в ужасе взирал на разложенные инструменты, вид которых мог повергнуть в страх любого нормального человека <...> Ознакомившись с предстоящей работой, доктор брал в руки прямой острейший операционный нож и, повернувшись к аудитории, говорил: «Засекайте время, джентльмены! <...> Действия хирурга сопровождалось душераздирающими криками несчастных, над которыми производилась операция. Студенты падали в обморок!». Треть пациентов во время таких операций умирала от болевого шока или потери крови (Диттрич 2007).

Таким образом, дефицит специалистов, бессилие профессиональной медицины в лечении многих болезней, неоднозначность методов лечения, отсутствие достойной анестезии во время проведения хирургических операций, непрофессионализм и иногда стяжательство со стороны некоторых врачей формировали питательную среду для самолечения очень долгое время.

С появлением профессиональной медицины, новых методов лечения ситуация должна была измениться. Однако этот тезис не соответствует истине. Согласно социологическим опросам, проведенным в сентябре 2015 года, самолечением в России занимались 25% жителей страны (ВЦИОМ 2015), в мае 2017 – 35% (ВЦИОМ 2017). То есть самолечение, по-прежнему, остается неизменным элементом повседневной жизни современной России. И не только России. Согласно исследованиям негосударственной организации «Всемирная индустрия самолечения» (WSMI), уровень самолечения людей в развитых и развивающихся странах не отличается фундаментально (Responsible Self-Care and Self-Medication 2010: 2).

С точки зрения жителей нашей страны, основными причинами самолечения являются плохая организация больниц и непрофессионализм медицинского персонала (ВЦИОМ 2015). А что по этому поводу думают сами медицинские специалисты? Чтобы выяснить это, весной 2018 года автором статьи был организован социологический опрос в форме анкетирования. Опрос был проведен в 24 медицинских учреждениях Пермского края, Свердловской области и республики Башкортостан (Таблица 1).

Таблица 1. Характеристика респондентов

| Высший медицинский персонал | Средний и младший медицинский персонал | Стаж работы (по специальности) | | Пол | | Квалификационная категория | | | |
|-----------------------------|--|--------------------------------|-----------------------|---------|---------|----------------------------|--------|--------|---------------|
| | | Менее трех лет работы | Более трех лет работы | Женский | Мужской | Высшая | Первая | Вторая | Нет категории |
| 63 | 60 | 10 | 113 | 89 | 34 | 58 | 17 | 12 | 36 |

Медицинский персонал, как и следовало ожидать, относится к самолечению отрицательно (64%). С точки зрения медицинского персонала, существует несколько причин, объясняющих популярность самолечения в России сегодня. Во-первых, факторы личности: «пренебрежительное отношение людей к своим заболеваниям, неспособность оценить последствия болезни» (67%); «боязнь врачей, медицинских учреждений, возможной боли» (17%).

Во-вторых, проблемы, связанные с организацией больничного дела: «трудности с записью на прием к врачу» (59%); «больничные очереди» (55%); «отсутствие в лечебном учреждении «узких» специалистов» (22%); «оформление больничных листов, их оплатой» (2%).

В-третьих, проблемы, связанные с низким качеством оказываемых медицинских услуг (14%), «нежелание или неспособность врача объяснить причины, суть болезни и обрисовать возможные перспективы» (13%), «грубость, пренебрежительное отношение к пациентам» (9%); «недостаточный уровень профессиональной подготовки» и «равнодушие» (6%). В-четвертых, «распространение и рост популярности альтернативной и нетрадиционной медицины» (21%).

В-пятых, проблемы, связанные с дороговизной медицинских процедур (37%) и лекарств (46%). Почти половина респондентов верит в непосредственную взаимосвязь между ростом случаев самолечения и ростом коммерциализации медицинских услуг (41%). Причину последнего респонденты видят в «желании государства снизить нагрузку на бюджет», как следствие, перевод здравоохранения «на бизнес-рельсы» и «самоокупаемость». Следует отметить глубокий раскол в восприятии и оценке данного явления: 32% относятся к нему отрицательно, 36% – нейтрально, 23% – положительно, 10% затруднились ответить.

Среди положительных моментов коммерциализации указывается возможное улучшение материального положения медицинского персонала, то есть повышение заработной платы (38%); улучшение качества оказываемых медицинских услуг (28%) и условий лечения пациентов (26%), а также решение проблемы нехватки медицинских изделий и лекарств (37%). Идеальным соотношением, с их точки зрения, является 21% платной и 79% бесплатной медицины.

По мнению специалистов, чаще всего самолечением занимаются люди среднего возраста (40%). Скорее всего, это связано с работой: очередями и оформлением больничных листов.

А медицинские работники? Занимаются ли они самолечением? Обращаться за помощью к специалистам медицинских учреждений предпочитают 60% респондентов. Однако при выборе лечащего врача респонденты больше всего руководствуются личными знакомствами (53%) и советами друзей (19%). При этом акцент делается на опыт и категорию специалиста (38%).

Каждый четвертый врач старается обойти стороной молодых коллег (24%). К своим бывшим студентам/практикантам/аспирантам готовы обратиться только 5% респондентов. Это свидетельствует как о недоверии к молодым специалистам, так и к системе медицинского образования в России в целом.

Неудивительно, что в данной ситуации более трети респондентов предпочитает заниматься самолечением. При этом 54% из них относятся к нему отрицательно. Свое поведение респонденты оправдывают наличием медицинского образования (30%) и нехваткой свободного времени (5%). Чаще всего к самолечению прибегают мужчины (41%) и работники с наличием квалификационной категории (38%).

Для решения проблемы самолечения респонденты предлагают: 1) снизить цены на медицинские услуги (в том числе анализы); 2) снизить цены на лекарственные препараты, запретить или ограничить рекламу лекарственных препаратов, отпускать их только по рецепту; 3) повысить качество лечения (уменьшить нагрузку на врача, запретить совместительство, увеличить заработную плату, увеличить время консультации в поликлинике); 4) проводить санитарно-просветительскую работу (пропаганду здорового образа жизни), доводить до сведения населения график работы поликлиник, скорой медицинской помощи; 5) усовершенствовать систему профилактики и диспансеризации населения, создать систему кабинетов доврачебного приема; 6) ликвидировать очереди (увеличить численность медицинского штата, количество участков, внедрить дистанционные технологии повсеместно); 7) повысить уровень ответственности людей за свое здоровье.

Таким образом, с точки зрения врачей, основной причиной самолечения в России является политика государства, в частности, недостаток финансирования системы здравоохранения. Если следовать логике российских врачей, то уровень самолечения в развитых странах должен быть низким. Однако, как уже было отмечено ранее, этот вывод не соответствует действительности. По мнению «Всемирной индустрии самолечения», в странах, подобных США, большую роль играет реклама и дороговизна услуг специалистов, в странах Южной Африки – низкий уровень инфраструктуры и профессионализма врачей. (Responsible Self-Care and Self-Medication 2010: 8). Судя по результатам опросов, у нас есть проблемы и с тем, и с другим.

По-прежнему актуальным остается вопрос, связанный с неспособностью профессиональной медицины справиться с некоторыми заболеваниями. Нередко люди просто не видят смысла в обращении к врачу: «Если что-то серьезное, все равно не вылечат. А по мелочи - обхожусь старинным универсальным рецептом - холод, голод и покой. В поликлиники ходила только за больничным, когда уж совсем становилось невмоготу и появлялась необходимость отлежаться», – цитирует высказывания жителей Вятки корреспондент «Российской газеты» Андрей Андреев (Андреев 2018).

Профессиональную медицину сегодня, как и прежде, заменяют травники и лечебники, правда, в новом формате «ответственного самолечения» (ОСЛ). ОСЛ – это лечение проблем со здоровьем с помощью безрецептурных лекарств и БАДов, специально созданных, маркированных и одобренных для этой цели. Сторонниками ОСЛ выступают, прежде всего, фармацевтические компании. ОСЛ также поддерживает ВОЗ и Европейский парламент (Розен, Быков, Шустова 2003).

Интерес к ОСЛ высказывают и государства, как развивающихся, так и высокоразвитых стран: «Развитие концепции ответственного самолечения позволяет в определенной мере снять давление на скудные бюджеты здравоохранения» – утверждают авторы статьи «Ответственное самолечение: веление времени», опубликованной в «Экономическом вестнике фармации» (Розен, Быков, Шустова 2003). ОСЛ также может оптимизировать медицинский штат, за счет высвобождения 3-7% врачей общей практики (Ягудина 2017).

Начало государственной кампании по популяризации ОСЛ в России стартовало недавно, по причинам, озвученным выше (Невинная 2018). Однако напомним, что российские врачи выступают против продажи безрецептурных лекарственных препаратов. Можно лишь согласиться с мнением врачей, отметить, что ОСЛ – это всего лишь

новая форма давно существующей практики травничества, а также попытка государства снять с себя часть обязательств в системе здравоохранения. ОСЛ не только не решит, но и усугубит проблемы, существующие в системе здравоохранения.

Подводя итоги статьи, хотелось бы сказать, что, как и прежде, основными причинами самолечения являются: проблемы в организации работы системы здравоохранения, дефицит специалистов, дороговизна лекарств, бессилие медицины в лечении некоторых болезней и другие, не менее актуальные вещи. Таким образом, несмотря на значительные и неоспоримые достижения современной профессиональной медицины, самолечение еще долго будет оставаться на повестке дня.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Duin D., Sutcliffe J., Van Urk H. (Foreword). A History of Medicine: From Prehistory to the Year 2020. New York: Barnes & Noble Books, 1992.*
2. *Parker S. Medicine: The Definitive Illustrated History. New York: Penguin Random House LLC, 2016.*
3. *Responsible Self-Care and Self-Medication: A Worldwide Review of Consumer Surveys. URL: <http://www.wsmi.org/wp-content/data/pdf/wsmibro3.pdf> (дата обращения: 15.04.2018).*
4. *Андреев А. Диагноз здравоохранению: Больше половины жителей Вятки предпочитают не обращаться к врачу в случае болезни // Российская газета - Неделя: Приволжье. 2018. №7491. URL: <https://rg.ru/2018/02/08/reg-pfo/pochemu-kirovchane-predpochli-samolechenie-vizitam-k-vracham.html> (дата обращения: 15.04.2018).*
5. *Антонетти П. Повседневная жизнь Флоренции во времена Данте. М.: Молодая гвардия, 2004. (e-book).*
6. *Бартон Э. Повседневная жизнь англичан в эпоху Шекспира. М.: Молодая гвардия, 2005. (e-book).*
7. *Диттрич Т.В. Повседневная жизнь викторианской Англии. М.: Молодая гвардия, 2007. (e-book).*
8. *Доступность и качество российского здравоохранения: оценки пациентов // ВЦИОМ. 2015. №2919. URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=115370> (дата обращения: 15.04.2018).*
9. *Мортимер Я. Елизаветинская Англия: Гид путешественника во времени. М.: Эксмо, 2014. (e-book).*

10. *Мортимер Я. Средневековая Англия: Путеводитель путешественника по времени. М.: Эксмо, 2008. (e-book).*
11. *Национальный мониторинг здоровья россиян // ВЦИОМ. 2017. №3371. URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=116194> (дата обращения: 15.04.2018).*
12. *Невинная И. Россиян научат самолечению // Российская газета: Неделя. 2018. №7535 (72). URL: <https://rg.ru/2018/04/04/kak-pravilno-lechitsia-samostoiatelno.html> (дата обращения: 15.04.2018).*
13. *Розен Р., Быков А., Шустова Г. Ответственное самолечение: веление времени // Экономический вестник фармации. 2003. №8. URL: <https://www.lawmix.ru/medlaw/24642> (дата обращения: 15.04.2018).*
14. *Ягудина Р. Каждый сам себе доктор: Концепция ответственного самолечения повышает качество жизни и экономит средства здравоохранения // Российская газета: спецвыпуск – фармацевтика. 2017. №7337. URL: <https://rg.ru/2017/09/19/ekspert-koncepcija-otvetstvennogo-samolecheniia-povysit-kachestvo-zhizni.html> (дата обращения: 15.04.2018).*

СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ ПРОФЕССОРА МЕДИЦИНЫ (1917-1920-е)

С.В. Маркова

Воронежский государственный медицинский университет
им. Н.Н. Бурденко

SOCIAL PORTRAIT OF THE PROFESSOR OF MEDICINE (1917-1920)

S.V. Markova

Voronezh State Medical University named after N.N. Burdenko

Аннотация: Статья посвящена социальной трансформации условий жизни и положения медицинской профессуры в первое после-революционное десятилетие.

Ключевые слова: Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, профессора медицины, история высшего медицинского образования, история медицины.

Abstract: The article is devoted to the social transformation of

living conditions and the position of medical professors in the first post-revolutionary decade.

Key-words: Voronezh State Medical University named after N.N. Burdenko, Professor of medicine, history of higher medical education, history of medicine.

Октябрьская революция 1917 г. привела к революционным изменениям высшего образования, в том числе медицинского. Воздействие социальных процессов на академическую среду переживалось по-разному и имело свои особенности для каждого региона. Трансформации социальных реалий кардинально меняли образ жизни, появлялись новые стратегии выживания и поведенческие стереотипы. Особенно ярко эти изменения прослеживаются на примере медицинской профессуры медицинского факультета Воронежского университета. Вырванные войной и революцией из привычного мира, лишившись даже постоянного жилья, в новом городе при загадочной и опасной пролетарской власти не всем профессорам удалось пережить тяжелые годы «военного коммунизма», пришлось не только учить, но и приспособиться к новой политической и экономической ситуации в России.

В 1918 году русскоязычные профессора Юрьевского (б. Дерптского) Императорского университета вынуждены были временно выехать в Советскую Россию в Воронеж. Город Юрьев (сейчас Тарту) был оккупирован немецкими войсками, вновь переименован в Дерпт, университет объявлен немецким, русской профессуре было приказано покинуть его. Демократичная и патриотически настроенная русскоязычная профессура выехала из Юрьева. Вот как объяснял свое решение покинуть Дерптский университет Н.Н. Бурденко, несмотря на то, что германское командование и немецкие студенты персонально просили его остаться и занять кафедру: «в моей душе звучали общественные призывы и мотивы старой студенческой песни «Дубинушка»... Я не имел права уклониться от реальности происходящего, когда она опустила, нанеся сокрушительный удар. Если встать на почву конкретной действительности, то передо мной была дилемма: остаться в старом мире, где все привычно, где все известно, или пуститься в страну где все непривычно, все неизвестно, все ново... Я сказал Цеге: «Будущее - там, в России!» (Бурденко 1984).

Воронеж представлялся местом для «временного», как надеялись многие профессора, убежища для Юрьевского университета. Город в это время имел только одно высшее учебное заведение, недавно открытый сельскохозяйственный институт им. Петра Великого. После подписания советским правительством Брестского мирного договора

возвращаться Юрьевскому университету некуда. На основе студенчества и профессорско-преподавательского состава Юрьевского университета был создан Воронежский университет с медицинским факультетом в составе. По свидетельству восторженных очевидцев, летом 1918 г. воронежские улицы: «цвели голубыми околышками и петлицами тужурок. Часто в саду и на улицах раздавалось неизвестное раньше слово «коллега». Юрьевцы произносили классически «коллега», неофиты с воронежским придыханием «каллеха» (Русанова 2008:9).

Социальный состав профессоров и студентов, приехавших в Воронеж, был вполне демократичен. На 1913 год известно, что дворян в Юрьевском университете обучалось 17%, остальные-разночинцы (Маркова 2017:109).

Медицинская профессура, прибывшая из Юрьева, были представителями профессиональной интеллигенции и носителями дворянской культуры, несмотря на разночинное происхождение. Необходимое для поступления в университет окончание гимназии, реального училища или духовной семинарии гарантировало знание основных предметов, иностранного языка, латыни, на котором медицинское сообщество свободно разговаривало и защищало диссертации. Преподаватели, студенты и выпускники имели возможность стажироваться в любой европейской клинике, знакомиться с выдающимися деятелями и достижениями мировой медицинской науки. Юрьевский профессор хирург Н.Н. Бурденко, сын пензенского мещанина, после семинарии знал латинский, греческий, еврейский, свободно немецкий языки (Евстигнеев 2014:58). Диссертацию на степень доктора медицины Н.Н. Бурденко защищал в Юрьеве на латыни, как и было принято в то время (Багдасарьян 1948:73). Материальное положение профессора соответствовало высокому социальному статусу. В царской России накануне Первой мировой войны зарплата профессора в 17 раз превышала зарплату индустриального рабочего (Шипилов 2003:8).

Обустраиваться в Воронеже профессорам – беженцам пришлось в условиях социального разлома гражданской войны и «военного коммунизма». Приглашал Юрьевский университет еще царский Воронеж, а принимала уже советская власть. Отношение новой власти к прибывшим из Прибалтики «буржуазно - дворянским» преподавателям было неоднозначным. Без них новый советский университет не мог работать, но и полностью доверять носителям чуждой классовой культуры было нельзя. По выражению одного из первых «красных» профессоров - Воронежский университет получил из Юрьева «*русифильскую и контрреволюционную профессуру*» (Тарадин 1932:25).

Советским правительством немедленно был взят курс на изменение социального состава университетов. 2 августа 1918 года был принят декрет СНК РСФСР «О правилах приема в высшие учебные заведения РСФСР». Медицинский факультет должен был принять на обучение каждое лицо независимо от гражданства и пола, достигшее 16 лет, без представления диплома, аттестата или свидетельства об окончании средней и какой - либо школы, при этом независимо от уровня образования, даже безграмотных. Губернские власти немедленно взяли под классовый контроль поступающих. В первую очередь в университет принимались дети пролетариата, беднейшего крестьянства и партийных работников. По желанию и без экзаменов на первый курс медицинского факультета Воронежского университета было зачислено 1500 студентов. Сегодня трудно представить, как профессору-анатому И.В. Георгиевскому приходилось читать лекции по нормальной анатомии в один прием 750 студентам первого курса (Воронежская Коммуна 1920).

В меняющихся политических событиях проявлять особую заботу в отношении предоставления жилья новым преподавателям Воронежского университета было некому. Профессуре приходилось селиться в клиниках, в помещениях университета или снимать квартиры. Популярный профессор Н. Н. Бурденко, директор факультетской хирургической клиники, снимал комнату во флигеле больницы. Комната «маленькая и сырая», написал он в анкете, которая хранится теперь в музее Воронежского университета. Первая лекция Бурденко в Воронеже *«состоялась осенью 1918 года, читалась в не отапливаемом помещении амбулатории, где спешно была поставлена железная печка – «буржуйка». Расхаживая вокруг неё и согревая руки, Николай Нилович излагал слушающим его студентам основы хирургии»* (Русанова 2008:14).

1 октября 1918 года СНК РСФСР принял очередной декрет, в котором предполагалось сократить численность преподавателей, работавших в царское время и увеличить число советских. Высшая советская школа должна была служить делу науки и просвещения, а не созданию привилегированных кадров, поэтому отменялись «буржуазные» дипломы, степени и звания. Для замещения профессоров на освободившиеся места объявлялся всероссийский конкурс. 10 ноября 1918 года Наркомпрос РСФСР принял постановление «Об отмене государственных экзаменов и об изменении порядка производства всякого рода испытаний студентов в высших учебных заведениях». Отменялся контроль знаний и в виде зачетов, коллоквиумов, контрольных.

«Старая» юрьевская профессура считала советские новшества немислимыми, по мере сил сохраняя традиционные методы обучения

и организационную структуру. Как в Юрьеве два раза в месяц заседал Ученый Совет, на котором обсуждались необходимые вопросы жизни факультета, проходило голосование по принятию научных работ, преподавание велось так же как в Юрьевском университете, кафедры сохраняли прежние планы. Корпоративная сплоченность помогала сохранять научный потенциал преподавательского состава и какое-то время препятствовала проникновению в научную медицинскую среду преподавателей новой формации, «доцентов из фельдшеров», без дипломов, но с партийными рекомендациями и пролетарской убежденностью.

Между тем проблем у преподавателей воронежского медфака становилось все больше, например с питанием и дровами. Преподаватели несли трудовую повинность и жили на врачебный продуктовый паек. Профессор терапевт П.Х. Калачев в качестве демарша весной 1919 года пришел на лекцию с ведром и метлой, начал подметать аудиторию со словами: *«Не обессудьте, лекции сегодня не будет. Профессор идет отбывать свою повинность – подметать улицы»* (Кучеревский 1966).

Справедливости ради надо отметить, что материальное положение медицинской профессуры было лучше, чем у профессоров других факультетов Воронежского университета, которые в эти годы умирали от голода (Карпачев 2013:114).

В 1918-1919 годах профессорский состав воронежского медфака разделился на три группы. Первая - приняла советскую власть. К этой немногочисленной группе относились профессора Н.Н. Бурденко, А.В. Георгиевский. Вторая группа - заняла резко отрицательную позицию, прямой отказ приспособляться к ситуации и не скрывала своего отношения к революционным переменам: *«Беспартийных вузовских профессоров и преподавателей, которые активно работали с советскими органами, т.е. с горздравом и с губздравом, называли презрительной кличкой «коммуноиды»* заметил один преподавателей медицинского факультета (Ткачев 2005:97). Когда белые осенью 1919 года оставили Воронеж, вместе с ними ушли все открытые противники советской власти, оказавшись впоследствии в эмиграции.

Третья и самая большая часть профессуры не была сторонником революции и морализации новой власти, эта группа занимала позицию нейтралитета или пассивного сопротивления, выполняя свой долг перед студентами и пациентами.

В 1920-м в Воронеже достигла пика эпидемия сыпного тифа. С 1918 по 1920 год через клиники медицинского факультета Воронежского университета прошло 35000 больных (Воронежская Коммуна 1920). В октябре 1920 г. закрывалась и не принимала больных клиника

Н.Н. Бурденко: из-за отсутствия дров и невозможности отапливать помещение. В том же октябре 1920 года деканат медицинского факультета ходатайствовал через Милитаризационную комиссию (!) перед Наркомздравом о выдаче комплектов одежды и обуви наиболее нуждающимся профессорам и преподавателям (ГАВО. Ф. 33 Оп.1. Д.11).

В таких условиях руководителей на многие медицинские кафедры невозможно было найти. Некоторые профессора ушли с белыми, другие искали более надежные места и университеты. К началу 1920 года на 22 кафедрах медицинского факультета Воронежского университета оставалось 8 профессоров. Профессор П.И. Философов с 1918-1921 годы был единственным профессором терапевтом и вел преподавание по 4 кафедрам терапии. Известный фармаколог профессор Д.М. Лавров преподавал одновременно на трех кафедрах. Да и сам хирург Н.Н. Бурденко читал в эти годы многие курсы. К преподаванию стали привлекаться студенты-старшекурсники и практикующие воронежские земские врачи.

В 1921 году желающие поступать в Воронежский университет на медицинский факультет впервые стали сдавать экзамены. Радикальные перемены не всегда способствовали качеству образования, а наука и широкий охват желающих учиться не всегда гармонично сочетались. Революционная романтика и надежда на сознательность и способности студентов сменились слабой попыткой академического контроля. «Социально - ценное» происхождение из пролетариата или крестьянской бедноты гарантировало поступление, экзамен для «социально здорового элемента» проводился поверхностно, т.к. имел своей целью «выявить общее развитие» абитуриента, для молодежи другого происхождения - экзамен и плата за обучение. Несмотря на социальный протекционизм в 1922 году состав студентов Воронежского медфака был следующим: детей рабочих и крестьян -19%, служащих -71%, прочих – 10%.

Во времена НЭПа пролетарская власть еще мирилась с «буржуазными» учеными и относительной академической автономией старой профессуры, поскольку они являлись носителями знания, а новых советских профессоров ещё не появилось. Да и политизированность общества и студенчества в начале 20-х годов ещё не достигла остроты следующего десятилетия. В противовес большевистскому атеизму и по личным религиозным убеждениям профессора медицины в Воронеже ещё могли себе позволить демонстративно посещать церковь. Как заметил один из «красных» преподавателей, «временами делали выпады против общественности и революции»: «В 1924 - 25 году ученый медицинский совет факультета ещё считал возможным

оставить в стенах губернской больницы домовую церковь и оплачивать труд «церковного причта», т.е. духовенства» (Ткачев 2005:96). Комсомольская ячейка университета в 1923 году отмечала: «Взаимоотношения пролетарской части студентов и профессурой неопределенны - не враждебные и не дружественные. Пролетарская часть студентов понимает реакционность большинства профессуры» (ГАОПИ ВО Ф.412. Д.7).

С середины 1920-х годов на медицинских факультетах стал внедряться, как наиболее передовой и прогрессивный, Дальтон – план или лабораторно-бригадный метод обучения. Он поддерживался Наркомпросом: «отказ от лекций поможет быстрее освободить студенчество от идейного влияния буржуазных профессоров» (Ерегина 2010:94). Индивидуальный контроль знаний и практических навыков отменялся: «Экзамен сдавали по новому типу. Из группы спрашивали 2-3-х человек, а зачет ставили всей группе. Принимали одни ассистенты» (Русанова 2008:41).

Для появления новых советских профессоров с 1925 г. в университетах начала открываться аспирантура, отбор в нее осуществлялся по рекомендации партийной ячейки. Однако, как отмечал пролетарский наблюдатель: «Буржуазные кадры студентов самоопределяются прежде всего по линии учебной. Буржуазная профессура подбор новых кадров производила из буржуазного студенчества, всячески протаскивая его вперед, прибегая к различного рода отводам кандидатов из пролетарского студенчества» (Тарадин1932:27). Справедливо отметим, что из «буржуазных кадров студенчества» сформировались многие ученые и преподаватели, которые сохранили лучшие традиции российских университетов, связи с мировой наукой и обеспечили успехи отечественной медицинской науки и системы образования в последующие десятилетия.

После «военного коммунизма» с началом НЭПа в начале 1920-х гг. профессорско-преподавательский состав вузов получал лишь 1/5 от дореволюционного содержания, и только к концу НЭПа профессор получал зарплату в 4 раза больше индустриального рабочего. Это была самая высокая зарплата преподавателям вузов за весь период существования СССР.

В конце 1920-х годов активизировался террор против «реакционных буржуазных» социальных групп, к числу которых относилась царская профессура, которая благодаря лояльности НЭПа ещё чувствовала себя в относительной безопасности. Вскоре «аполитичность» стала носить политический характер, за ней скрывались «классовые враги».

Драконовскими методами насаживался марксизм и большевистская идеология. Требовалось классовая, партийная идеологическая составляющая содержания любого медицинского курса. Оплата труда преподавателя с началом индустриализации и «большого скачка» конца 1920-х – начала 1930-х резко ухудшилась. Профессора были вновь переведены на карточную систему получения продуктов по норме индустриального рабочего (Шипилов А.В., 2003:9).

С 1929 года был введен отчет профессоров о своей деятельности перед вузовской ячейкой ВКП(б) и общественными организациями (Гудошников 1957:49). Профессора с безупречным социальным происхождением трепетали. Некоторые, наоборот, при всяком удобном случае подчеркивали свою лояльность. Если ранее значимость преподавателя определял бюрократический процесс, когда рассматривались заслуги и знания, научные достижения и звания, то эпоху пролетарских преобразований такой механизм был нарушен, достаточно было партийной рекомендации. «Старый» профессор перестал быть интеллектуальным и культурным эталоном для студентов. Вероятно, это был первый педагогический кризис в истории России XX века, когда уважение к учителю наставнику провоцировалось и зависло от политики. Академическая культура преподавателей и важность приобщения к ней студентов подвергалось сомнению, профессор уже не демонстрировал знание «правильного» поведения. Известный впоследствии архангельский хирург Г.А. Орлов, профессор «первой волны» советской профессуры, студентом запомнил слова своего учителя воронежского профессора А.Г. Русанова: *«Вы как-то все упрощаете, комсомольцы. У вас вместо того, чтобы понять и оценить, что такое завтрак у предводителя, вы предпочитаете об этом говорить «шамовка у вожатого»»* (Орлов 2010:16).

Хорошей иллюстрацией политических «чисток» на медицинском факультете Воронежского университета может служить почти анекдотичный случай с заведующим кафедрой психиатрии профессором Сергиевским С.С. Профессор Сергиевский первым в России описал и стал лечить состояние shellshock, или психологическая военная травма. Это направление в психиатрии получило впоследствии развитие у западных психиатров, но было под запретом в СССР (Сергиевский 1915,1926). В 1925-1929 годах Сергиевский опубликовал несколько статей в специальных психиатрических журналах, где с позиции психиатра рассматривал современные ему социальные процессы. Он доказывал наличие в революции «острого коллективного аффекта», находил биологические корни религии, отмечал важное значение церкви в лечении душевнобольных, фиксировал резкое увели-

чение психоневрозов, бытового алкоголизма в СССР и т.д. Комиссия по общественному надзору пришла к выводу о том, что *«общее мировоззрение проф. С.С. Сергиевского махрово-идеалистическое с контрреволюционными выпадами в сторону пролетарской революции и социалистического строительства»* (Тарадин 1932:29). Весь коллектив кафедры за «воинствующую поповщину и махровую контрреволюцию» был уволен. Не дожидаясь ареста, профессор Сергиевский вынужден был бежать из Воронежа. *«После Сергиевского на кафедру был избран молодой профессор, очень быстро ставший жертвой нарушения правил безопасности работы. Зайдя один в палату буйных женщин, он был ими схвачен и приговорен к кастрации. Пока слишком шумное поведение палаты обратило на себя внимание, и туда вошли, профессор пережил много неприятных минут и после этого переменял профессию»* (Русанова 2008:36).

Все чаще в определении эпохи первых постреволюционных лет исследователи употребляют слово «эксперимент». Социальные эксперименты начались и в высшем медицинском образовании. Специфические условия как экономические, так и социально-политические заставляли профессуру вузов жить в довольно узком горизонте свободы, оформляя поведенческие стратегии и стереотипы, способы выживания. Стратегии зависели от внешних условий, от социального опыта, личных качеств, преобладающей системы ценностей. Правительством большевиков, леворадикалы удивительно быстро меняли свое отношение к «буржуазной» профессуре и университетской автономии. Только переход к НЭПу предотвратил окончательный развал высшего образования начала 1920-х.

На всем протяжении революционных лет и социальных перемен «буржуазная» профессура сумела сберечь высшую медицинскую школу, несмотря на усиление «классового подхода», идеологизацию, ликвидацию университетской автономии и введение государственного контроля за образованием. Корпоративность и идентичность, традиции преподавания и академическая культура замкнутого вузовского сообщества сохранялись, несмотря на политическое и идеологическое давление. Отечеству, а не власти служили «старые профессора, обеспечивая молодую республику медицинскими кадрами.

ЛИТЕРАТУРА:

1. *О государственном университете//Воронежская Коммуна. 1920. 27 октября.*

2. Багдасарьян С.М. Николай Нилович Бурденко. Жизнь и деятельность. М.1947.
3. Бурденко Н.Н. Непокоримо верил в жизнь. Из автобиографических заметок // Советская Россия. 1984. 17 октября. № 240. С.4.
4. Государственный архив Воронежской области (ГАВО). Ф. 33. Оп.1.Д.11 л.209(об). Заседания Ученого Совета медицинского факультета ВГУ за 1920 год.
5. Государственный архив общественно-политической истории Воронежской области (ГАОПИ ВО). Ф.412. Оп.1, Д.7. Л.9. Отчетный доклад бюро ячейки за январь месяца 1923 года.
6. Гудошников Я.И. Деятельность партийных и общественных организаций Воронежского университета/Воронежский государственный университет к 40-летию Великой Октябрьской социалистической революции. Воронеж.1957.
7. Евстигнеев С.В., Зелев С.В. Дом-музей Бурденко. Прага: Sociosfera-CZ, 2014. См.: Аттестат воспитанника Пензенской духовной семинарии Н.Н. Бурденко. 1897.
8. Ерегина Н.Т. Высшая медицинская школа России, 1917-1953. Ярославль, 2010.
9. Карпачев М.Д. Воронежский университет: вехи истории.1918-2013. Воронеж, 2013.
10. Кучеревский С.Л. Воспоминания (рукопись). 1966 г. Музей истории ВГУ. Н/в фонд медицинского факультета.
11. Маркова С.В. Социальный портрет профессора медицины в условиях революционных перемен/История медицинской науки, организации здравоохранения и медицинское право: Сборник материалов III научной конференции. М.2017.
12. Орлов Г.А. Слово об учителе /Н.И. Батыгина, Т.Н. Русанова, С.П. Глянцев и др. Архангельск, 2010.
13. Русанова А.А. Кто нас учил. Воронеж, 2008.
14. Сергеевский С.С. Роль земских психиатрических больниц в деле оказания помощи душевно-больным воинам // Психиатрическая газета. 1915. №11. С.171-173; Он же. Социальная психопатология как самостоятельная научная дисциплина/ Из доклада на I Всероссийском психоневрологическом съезде //Журнал невропатологии и психиатрии. 1926. №7. С.29-40 и др.
15. Тарадин И. Классовая борьба в медицине. Воронеж,1932.
16. Ткачев Т.Я. Мир и войны. Воронеж, 2005.
17. Шпилов А.В. Зарплата российского профессора в ее настоящем, прошлом и будущем /ALMA MATER. Вестник высшей школы. 2003. № 4. С. 33-42.

ВОПРОСЫ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ ЗАРУБЕЖЬЯ

УКРАИНСКИЙ ИСТОРИКО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ «АГАПИТ» (1994-2004)

К.К. Васильев

Одесский национальный медицинский университет, Украина

THE UKRAINIAN HISTORICAL AND MEDICAL JOURNAL «AGAPIT» (1994-2004)

К.К. Vasiliyev

Odessa National Medical University, Ukraine

Аннотация: Проведен анализ издававшемуся на протяжении одиннадцати лет в Киеве периодическому изданию по истории медицины. Показано, что подавляющее число статей в журнале (86%) были посвящены истории медицины и здравоохранения на Украине, в том числе известным ученым и врачам, жизнь которых в большей или меньшей степени была связана с теперешней территорией Украины. Вместе с тем доля зарубежных авторов составила 30%.

Abstract: The journal on the history of medicine, published for eleven years in Kiev, was analyzed. It is shown that the vast majority of articles in the journal (86%) were devoted to the history of medicine and public health in Ukraine. They were also devoted to well-known scientists and doctors, whose lives were more or less connected with the present territory of Ukraine. At the same time, the share of foreign authors was 30%.

Ключевые слова: Журнал по истории медицины, «Агапит», Украина.

Key-words: Journal on the history of medicine, «Agapit», Ukraine.

В течение одиннадцати лет Национальный музей медицины Украины (до 1999 г. - Центральный музей медицины) в Киеве выпускал на украинском и английском языках (т.е. каждая статья полностью дублировалась на этих двух языках, а рефераты давались на русском языке) журнал «Агапит». Подзаголовок издания – украинский историко-медицинский журнал.

Обращаем внимание на название журнала. Агапит, врач безмездный – преподобный, монах Киево-Печерского монастыря,

сподвижник основателя обители преподобного Антония, прославился чудесным даром исцеления. Преставился в конце XI – нач. XII в. Его мощи почивают в Ближней пещере Киево-Печерской лавры. Название журнала предопределило его основную тематику – история медицины Украины от времен Киевской Руси по XX столетие включительно.

Где-то в конце 1990-х годов главный редактор «Агапіта» Александр Абрамович Грандо (1919-2004) рассказывал автору этих строк, что в условиях экономического спада, даже при наличии постоянных спонсоров, трудно выпускать журнал. Поэтому номера журнала выходят сдвоенными. Начали было издавать журнал на трех языках в том числе русском (№ 2 и № 3), но затем это перестали делать из-за тех же причин. Тираж журнала 300 экземпляров, но и он не расходуется. Между тем в Музее медицины каждый номер в розницу продается за две гривны (в те годы это составляло чуть больше одного доллара США). Журнал широко предоставляет свои страницы историкам медицины России (Л.Е. Горелова, М.Б. Мирский, Б.А. Нахапетов, Ю.А. Шилинис и др.). В портфеле журнала статьи и других исследователей из РФ, однако российские библиотеки и отдельные россияне журнал не приобретают, а хотелось бы, говорил проф. Грандо, иметь более тесное сотрудничество между украинскими и российскими историками медицины.

К этим словам уважаемого профессора мне добавить нечего – история у нас одна, неразделимая. Из сказанного главным редактором «Агапіта» следует, что в России журнал мало доступен и мало кто о нем знает. Поэтому целью данного сообщения является дать краткий обзор киевского историко-медицинского журнала за все годы его издания; при этом привести перечень статей, которые увидели свет в этом журнале.

Предполагалось, что журнал будет выходить два раза в год. Однако фактически за 11 лет увидело свет 15 номеров. Причем были четыре сдвоенных номера. По годам номера журнала распределяются следующим образом: 1994 - № 1; 1995 - № 2; 1996 - № 3 и № 4; 1996-1997 - №5-6; 1997-1998 - №7-8; 1998 - № 9-10; 1999 - № 11; 2000 - № 12; 2001 - № 13; 2004 - № 14-15. В связи со смертью главного редактора издание «Агапіта» было прекращено.

Разделы журнала: общие вопросы истории медицины, персоналии, *varia* (перечень статей из этих трех разделов – их 146 - см. ниже), мемуары, из фондов Национального музея медицины Украины, юбилеи и некрологи, календарь знаменательных и юбилейных дат медицины Украины, рецензии, хроника. К двум номерам - № 3 и № 12 - журнала были приложения в виде отдельных брошюр - №3: М.М. Дитерихс.

Краткий очерк научного метода в хирургии. (Вступительная лекция, 15 января 1911 г. Впервые опубликована: Врачебная газета. 1912. № 1. С. 4-8); № 12: А.Д. Павловский. Медицина на Западе в годы 1886-1889. Воспоминания о командировке за границу от Военно-медицинской академии. (Рукопись - помечена маем 1941 г., г. Сороки, Молдавия - была передана в киевский музей правнучкой профессора Т.Д. Большаковой из Москвы).

Значительное число статей, помещенных на страницах «Агапіта», посвящено истории медицинского образования. Авторы: Т. Бажан, Т. Бжезинский, В. Билоус с соавт., П. Боднар, В. Войткевич-Рок, Ю. Гоц с соавт., Е. Иванова, К. Кульчицкий, М. Мирский, И. Пасько, В. Солярик с соавт.

Истории здравоохранения посвящены работы следующих исследователей: М. Апостолов, Е. Блихар с соавт., М. Богомаз, Л. Горелова, В. Ермилов, Б. Крыштопа, В. Рудень, Н. Сытенко, И. Шумега.

- *Аптечное дело*: Н. Бенюх.
- *Деятельность общин сестер милосердия*: М. Балан, В. Лойко с соавт.
- *Военная медицина*: М. Бойчак с соавт., Я. Радыш, Ф. Сид, Т. Сорокина.
- *Медицинские общества и научные форумы*: Ю. Виленский, Г. Зубрис, Ю. Лисицын с соавт., Н. Оборин, П. Пундий, Ю. Шилинис, И. Шумада.
- *Музееведение*: А. Грандо, Н. Кольцова, И. Омельчук, М. Рот.

Особо надо остановиться на исследованиях о драматических страницах нашей истории: беженцы и репрессированные (Г. Аронов, М. Мирский, П. Пундий, Ю. Шилинис), голод на Украине 1932-1933 гг. (В. Коган), авария на Чернобольской АЭС (А. Авраменко, Е. Короленко).

Особенно много было опубликовано статей о различных аспектах жизни и деятельности ученых и врачей (в том числе и о благотворителях в медицине; в скобках указаны авторы): Агапит (Т. Можаровская; Р. Новакович с соавт.); В. Бец (А. Грандо); Т. Бильрот (И. Теличкин); А. Богомолец (И. Нуштаев); И. Бульский (Э. Грибанов); Г. Быховский (С. Карамаш); Ю. Вороной (М. Мирский); В. фон Гебра (К. Холубар); Д. Говард (Б. Нахапетов; Н. Ревенок); И. Горбачевский (М. Подильчак); И. Грищенко (Н. Богдашкин); Х. Гюббенет (И. Пасько); К. Добровольский (С. Шурляков); С. Дяченко (Н. Дяченко с соавт.); Б. Егоров (Л. Жуковский); И. Енохин (Б. Нахапетов); Д. Заболотный

(Э. Грибанов); О. Каменецкий (А. Тимошок); Н. Кашенко (С. Карамаш); С. Ковнер (А. Замяткина с соавт.); М. и А. Коломийченко (А. Грандо); С. Кшановский (Л. Жуковский); А. Куракин, князь (Т. Заштовт); В. Линдеман (Ю. Шилинис); Е. Лихтенштейн (Ф. Ступак); А. Мамолат (Л. Жуковский); А. Марзеев (Р. Савина); Ю. Мазон (Л. Жуковский); Ф. Меринг (А. Пелешук с соавт.); И. Мечников (Г. Бутенко); Г. Минх (Г. Аронов); В. Образцов (Л. Жуковский); Я. Шпак); Е. Озаркевич (Ф. Ступак); С. Нос (В. Сарбей); М. Панчишин (П. Пундий); Н. Пирогов (В. Ермилов); В. Калита); В. Плющ (П. Пундий); С. Подолинский (П. Пундий); И. Пулюй (П. Пундий); Г. Рейн (И. Карнеева); А. Ричинский (А. Гудыма с соавт.); Б. Свистун (В. Блихар с соавт.); И. Сикорский (С. Выровой с соавт.); Н. Склифосовский (Н. Синицина с соавт.); К. Солуха (Л. Долина с соавт.); В. Страдомский (В. Ермилов); П. Страдынь (Я. Страдынь с соавт.); Н. Стражеско (В. Бобров); В. Субботин (И. Никберг); К. Тритшель (Л. Жуковский); В. Хижняков (С. Гончарова); А. Черняховский (Ю. Виленский с соавт.); С. Хотовицкий (Н. Воскресенская); Ф. Яновский (Г. Аронов). Всего 54 работы, что составляет 37% от всех статей.

Из представленных ниже перечне 146 статей только 21 (14%) посвящен истории медицины не Украины. 70 % всех исследователей – граждане Украины; зарубежные авторы из Австрии, Болгарии, Испании, Латвии, Польши, России, США, ФРГ.

Надо также отметить, что в журнале были помещены воспоминания: Г.Е. Аронова о Л.В. Громашевском [№ 11], В.Д. Братуся и А.А. Грандо о Великой Отечественной войне [№ 2], А.П. Пелешука – о терапевтах Киева [№ 14-15]. «Агапіт» издавался на превосходной бумаге, что позволяло качественно публиковать фотографии и другие исторические документы, чем широко пользовалась редакция журнала.

К недостаткам журнала мы отнесем то, что не было научного аппарата при опубликованных работах. Представляется, что наличие ссылок на литературу и источники, в том числе архивные, значительно повысило бы научное значение журнала. Я помню свой разговор в Берлине с проф. П. Шнеком (P. Schneck), который сказал, что отсутствие научного аппарата делает «Агапіт» смахивающим на научно-популярное издание. Журнал «Агапіт» первоначально был включен в наукометрическую базу Scopus, но затем из неё исключен; возможно, на это решение оказали влияние описываемые его особенности.

Далее. К сожалению, редакция «Агапіта» не приводила даже первой буквы отчеств авторов статей. На наш взгляд, если речь идет о подданных Российской империи, гражданах СССР, новой России, а также современной Украины желательнее указывать не только

инициалы имени, но и отчества. Ниже мы приводим список статей опубликованных в «Агапіте» только из трех разделов: 1) общие вопросы истории медицины; 2) персоналии; 3) varia. В некоторых случаях мы проставили первую букву отчеств и указали годы жизни авторов. В прямых скобках – номер журнала.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Авраменко А. Чернобыльские последствия. [2].
2. Апанасенко Г. Истоки и история возникновения валеологии. [13].
3. Апостолов М. Система медицинского обеспечения в Болгарии: ретроспективы и перспективы. [2].
4. Аронов Г.Е. (1932-2016). Страшные годы: 1917-1922. [1].
5. Аронов Г.Е. Вернемся ли к святому доктору? [о Ф.Г. Яновском]. [7-8].
6. Аронов Г.Е. Подвиг доктора Минха. [13].
7. Бажан Т.А. (1928-2005). От Екатеринославских высших женских курсов – до Днепропетровской медицинской академии. [12].
8. Балан М. Черниговская община сестер милосердия. [13].
9. Бенюх Н. Основные этапы развития аптечного дела в Галиции. XIII – нач. XX вв. [7-8].
10. Бжезинский Т. (Bhzezhinsky T.). Поляки на медицинских факультетах украинских университетов после разделов Польши. [1].
11. Билоус В., Захарова Т. Буковинская государственная медицинская академия. Исторический очерк к 70-летию основания. [14-15].
12. Блихар Е., Блихар В. Противотуберкулезная помощь на Тернопольщине в XX в. [13].
13. Блихар В., Блихар Е. Народный врач Богдан Филиппович Свистун. [14-15].
14. Бобров В. Академик Николай Стражеско. К 120-летию со дня рождения. [5-6].
15. Богдашкин Н. Акушер-гинеколог профессор Иван Грищенко. [12].
16. Богомаз М. К истории борьбы с туберкулезом на Днепропетровщине. [4].
17. Боднар П. К истории развития эндокринологии в Национальном медицинском университете. [13].

18. Бойчак М., Барчук Г. К истории Киевского военного госпиталя в период Великой Отечественной войны. [2].
19. Бойчак М., Лякина Р. Библиотека Киевского военного госпиталя. [13].
20. Братусь В.Д. (1917-2008). Становление и развитие хирургии в Украине. [9-10].
21. Бутенко Г. Идеи Мечникова и развитие современной медицины и биологии. [3].
22. Бурчинский С. Проблемы деменции: формирования представлений о природе болезни Альцгеймера. [7-8].
23. Васильев К.К. Формирование и развитие Одесского научно-медицинского центра. [11].
24. Виленский Ю.Г. Медицина, культура, Украина. [о историко-медицинской конференции- декабрь 1993, Киев]. [1].
25. Виленский Ю., Константиновский Г., Чайковский Ю. Украинский нейрогистолог Александр Черняховский. [7-8].
26. Войткевич-Рок В. (Woitkevich-Rok W.). Акушерско-гинекологическая клиника Львовского университета в 1899–1939 гг. [11].
27. Воскресенская Н.П. С.Ф. Хотовицкий – ученый-медик: педиатр и гигиенист. [7-8].
28. Выровой С., Карамаш С. Иван Сикорский – врач, ученый, человек. [13].
29. Гончарова С.Г. В.В. Хижняков – санитарный врач Херсонского земства. [11].
30. Горелова Л.Е. Монастырская медицина Руси. [4].
31. Гоц Ю., Колесников М., Радул И. Становление и развитие кафедры эпидемиологии Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца. К 70-летию основания кафедры. [14-15].
32. Грандо А.А. Золотая коллекция. [о коллекции гистологических препаратов В.А. Беца]. [1].
33. Грандо А.А. Медицинские музеи Украины как очаги национальной культуры. [1].
34. Грандо А.А. Хранилище медицинской истории Украины. К 25-летию Центрального музея медицины Украины. [9-10].
35. Грандо А.А. Штрихи к портретам: братья Коломийченко. [9-10].

36. Грандо А.А. Нельзя быть равнодушными к своей истории! [13].
37. Грибанов Э.Д. Наградной жетон Даниила Кирилловича Заболотного. [7-8].
38. Грибанов Э.Д. Юбилейная медаль и дворянский герб Ильи Васильевича Буяльского. [9-10].
39. Гудьма А., Андрейчин М. Арсен Ричинский – врач, общественный деятель, идеолог украинского православия. [14-15].
40. Декер Н. (Decker N.; 1948-2006). Студенты из славянских стран на Лейпцигском медицинском факультете в XIX и в начале XX века. [9-10].
41. Дизик Г. Группы крови: история открытия, значение для науки и практики. [7-8].
42. Долина Л., Суменко Б., Мацько В. Врач и патриот Константин Григорьевич Солуха. [7-8].
43. Дудащ А. Сотрудничество и консолидация действий гуманной и ветеринарной медицины Закарпаття. [14-15].
44. Дупленко Ю.К. К истории проблемы продления жизни. [4].
45. Дяченко Н., Широбоков В. Украинский микробиолог С.С. Дяченко. [9-10].
46. Ермилов В.С. Очерк истории медицинского страхования и страховой медицины на юге Украины. [3].
47. Ермилов В.С. Первая в Украине Херсонская земская санитарная организация. [7-8].
48. Ермилов В.С. Жизнь и деятельность врача и общественного деятеля Василия Андреевича Страдомского. [11].
49. Ермилов В.С. Неизвестный Н.И. Пирогов: политические и социальные взгляды. [14-15].
50. Жуковский Л.И. (1924-2000). Вклад киевского патолога и терапевта Ю.И. Мазона в научную разработку метода перкуссии грудной клетки. [2].
51. Жуковский Л.И. Из истории разработки прижизненной диагностики инфаркта миокарда (к 75-летию со дня смерти В.П. Образцова). [3].
52. Жуковский Л.И. Профессор А.С. Мамолат – ученый, клиницист, руководитель. [5-6].
53. Жуковский Л.И. О приоритете введения одного клинического

- диагноза. [термин «инфаркт миокарда» ввел московский кардиолог Б.А. Егоров в 1926 г.]. [7-8].
54. Жуковский Л.И. Украинский военный врач С. Кишановский – участник движения сопротивления в фашистском плену. [12].
55. Жуковский Л.И. Киевский врач-гуманист профессор К.Г. Тритшель. [13].
56. Замяткина А., Коган В.Я. Забытое наследие [об историке медицины С.Г. Ковнере]. [3].
57. Заитовт Т. Князь А.Б. Куракин – радетель о развитии медицины в Полтавской губернии. [7-8].
58. Зубрис Г. Общество херсонских врачей. [14-15].
59. Иванова Е. К 150-летию кафедры факультетской терапии Украинского медицинского университета им. А.А. Богомольца. [2].
60. Калита В. Шагнул из прошлого в настоящее: История одного фото-портрета Н.И. Пирогова. [12].
61. Карамаш С. Благотворительная деятельность врача Г. Быховского. [4].
62. Карамаш С., Выровой С. Н.Ф. Кащенко – ученый-медик. [11].
63. Карамаш С. Целитель и меценат в особе Дон Жуана. [14-15].
64. Карнеева И. Врач-реформатор, провозвестник государственного здравоохранения академик Г.Е. Рейн. [4].
65. Коган В.Я. (1932-1999). Поиски и находки: первоисточники о вопросе голода на Украине: 1932-1933 гг. Медицинские аспекты проблемы. [1].
66. Коган В.Я. Неизвестные бывальщины из жизни выдающихся медиков. [Л.И. Медведь, В.Н. Иванов, Н.Д. Стражеско]. [2].
67. Кольцова Н.И. Музей истории медицины Прикарпатья. [5-6].
68. Короленко Е. Оценка влияния аварии на Чернобыльской АЭС на состояние здоровья населения Украины. [4].
69. Котляр Н. Жизнь и смерть Волынского князя Владимира Васильковича. [4].
70. Кроуфорд К. (Crowford K.). Библиотека Филадельфийского медицинского колледжа и её русский фонд. [2].
71. Крыштопа Б.П. (1938-2014). Проблемы украинской истории медицины. [1].

72. Крыштопа Б.П. Об уточнении некоторых фактов из истории украинской медицины. [2].
73. Крыштопа Б.П. Органы управления и руководства здравоохранением в период украинской государственности. 1917-1919 гг. [12].
74. Кульчицкий К. К истории Киевской школы оперативной хирургии и топографической анатомии. [3].
75. Лисицын Ю.П., Журавлева Т.В. 50 лет Обществу историков медицины. [9-10].
76. Лисицын Ю.П., Журавлева Т.В. Первый национальный институт истории медицины в России. [12].
77. Лойко В., Заитовт Т., Кучер Е. Полтавская община сестер милосердия. [12].
78. Майстренко О. Профессиональная и общественная деятельность земских врачей Херсонской губернии. [14-15].
79. Мирский М.Б. Ученые-медики Киева, Харькова, Одессы – профессора зарубежных университетов. Из истории медицинского зарубежья, 1920-1941 гг. [1].
80. Мирский М.Б. Украинские ученые-медики – жертвы сталинских репрессий. [2].
81. Мирский М.Б. Пионер клинической трансплантологии Ю.Ю. Вороной. [14-15].
82. Можаровская Т. Лечил и князей, и бедняков [о преподобном Агапите, враче безмездном]. [4].
83. Нахапетов Б. Иван Васильевич Енохин – воспитанник Киево-Могилянской академии, придворный врач Николая I и Александра II. [3].
84. Нахапетов Б. Джон Говард – друг людей. [7-8].
85. Нестеренко П. Эсклибрис и медицина. [5-6].
86. Никберг И. Первый украинский профессор гигиены Виктор Андреевич Субботин. [4].
87. Новакович Р., Дудник С., Пашкович С., Столяров В. Святой Агапит Печенский – первый врач Украины-Руси. [1].
88. Нуштаев И.А. Саратовский период жизни и деятельности А.А. Богомольца. (1911-1925 гг.). [11].
89. Оборин Н.А. (1921-2005). Первое в Украине научное медицинское общество [«Собрание медицинское в Херсоне», 1784 г.]. [3].

90. Оборин Н.А. Взгляд на лечение больных чумой и профилактику её в Украине и в России в XVIII веке. [9-10].
91. Омельчук И. Медицинские музеи в исторической ретроспективе. [12].
92. Пасько И. «...Лучший не только в самой России» [об истории Анатомического театра университета Св. Владимира в Киеве]. [5-6].
93. Пасько И. История медицины в архитектуре Киева. [12].
94. Пасько И. Военный хирург, председатель Общества киевских врачей, профессор Х.Я. Гюббенет. [13].
95. Пелещук А.П., Жуковский Л.И. Ф. Меринг – талантливый киевский терапевт. [11].
96. Подильчак М. Академик Иван Горбачевский – выдающийся украинский ученый. [9-10].
97. Плющ В. (1903-1976). Т.Г. Шевченко и его современники врачи. [первая публикация: Лікарський вісник, 1962]. [5-6].
98. Приходько А. Культ огня в древней медицине. [13].
99. Пундий П. Участие украинцев во Всеславянском врачебном союзе. [1].
100. Пундий П., Гороховский А. Открытие X-лучей принадлежит профессору Ивану Пулюю. [2].
101. Пундий П. Марьям Панчишин и музей истории галицкой медицины его имени. [3].
102. Пундий П. Василь Плющ – историк украинской медицины. [5-6].
103. Пундий П. Сергей Подолинский – украинский врач, исследователь и экономист. [13].
104. Пыриг Л. Медицина в контексте истории и культуры Украины. [2].
105. Пыриг Л. Украинская медицина и филателия. [5-6].
106. Пыриг Л. «Киево-Печерский патерик» глазами медика. [12].
107. Радьш Я. Военные врачи Украины – руководители военно-медицинской службы в годы Великой Отечественной войны 1941-1945 гг. [2].
108. Радьш Я. Выдающиеся деятели военной медицины Российской империи второй половины XVIII – XIX ст. – выходцы из Украины. [5-6].
109. Ревенок Н. Восстановить памятник Джонсу Говарду на Херсонщине. [13].
110. Рот М. (Roth M.). Немецкий музей гигиены в Дрездене. Прошлое и будущее. [3].

111. Рудень В.В. Организация и деятельность народной лечебницы им. митрополита Андрея Шептицкого во Львове в 1903-1939 гг. [13].
112. Рудык С. Ф.В. Пильгер – первый профессор ветеринарной медицины на Слобожанщине. [14-15].
113. Саблик К. (Sablik K.). Медицина в третьем тысячелетии: итоги прошлого и взгляд в будущее. [9-10, 11].
114. Савина Р. Педагогическая деятельность А.Н. Марзеева. [14-15].
115. Сарбей В.Г. (1928-1999). Актуальные задачи историков Украины сегодня. [3].
116. Сарбей В.Г. Персоналии выдающихся украинских медиков в энциклопедическом труде Евфимия Болховитинова. [5-6].
117. Сарбей В.Г. Врач-народовед Степан Нос (К 170-летию со дня рождения). [12].
118. Семяннив А. Некоторые данные о туберкулезе у гуцулов горных районов Ивано-Франковской области в первой половине XX в. [14-15].
119. Сид Ф. (Sid F.). Некоторые медицинские аспекты гражданской войны в Испании. (1936-1939). [3].
120. Синицина Н., Заитовт Т. Выдающийся хирург Н.В. Склифосовский на Полтавщине. [11].
121. Солярик В., Филиппин В. Военно-медицинское образование в национальном медицинском университете им. А.А. Богомольца. [5-6].
122. Сорокина Т.С. Сестринская служба в Крымской кампании 1854-1856 гг. [7-8].
123. Старченко С.Н. (1917-2012). О немецко-украинских научных связях в патологической анатомии (патоморфологии): 1861-1930 гг. [1].
124. Страдънь Я., Арон К.-Э. (Stradin J., Aron K.-E.) Паул Страдънь – историк медицины. [12].
125. Ступак Ф.Я. Врач, видный общественный деятель Евгений Озаркевич. [4].
126. Ступак Ф.Я. Феномен благотворительности. [5-6].
127. Ступак Ф.Я. Профессор Е.И. Лихтенштейн. [14-15].
128. Сытенко Н. Из истории возникновения скорой медицинской помощи в Киеве. [14-15].
129. Теличкин И. Теодор Бильрот и его хирургическая школа. [2].

130. Тимошок А. Лейб-медик из Семеновки. К портрету О.К. Каменецкого. [14-15].
131. Филипчук О. Современные компьютерные технологии в судебно-медицинской идентификации останков исторических личностей [экспертиза костных останков Николая II, его семьи и окружения]. [4].
132. Холубар К. (Holubar K.). Памяти Вильгельма фон Гебра. [2].
133. Чебан В. Образ жизни и репродуктивное здоровье семьи: исторический аспект и современное представление. [14-15].
134. Чекман И.С. Из истории лекарствоведения в Украине. [5-6].
135. Шанин Ю.В. (1930-2005) Женщины-медики античности. [2].
136. Шанин Ю.В. Эллинский образ жизни. [13].
137. Шилинис Ю.А. В.К. Линдеман – один из создателей общебиологического направления в патологии. [3].
138. Шилинис Ю.А. Проблемы методологии и развития медицинской науки на форуме историков медицины. (Москва, 1998 г.). [9-10].
139. Шнек П. (Schneck P.). К истории диететики от античных времен до современности. [9-10].
140. Шнек П. Матка в мифах и легендах: к истории теорий о зачатии. [12].
141. Шпак Я. Выдающийся клиницист Василий Парменович Образцов – основатель Киевской терапевтической школы. [13].
142. Шумада И. К истории Украинского научного общества травматологов-ортопедов. [11].
143. Шумега И. Развитие донорства на Ивано-Франковщине. [11].
144. Шурляков С. Ученый-гигиенист Константин Эрастович Добровольский. [11].
145. Энгельгардт фон Д. (Engelgardt von D.). Ялта и Крым: медицина в истории и культуре. [1].

**АМЕРИКАНСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АССОЦИАЦИЯ: СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ
В НАГРУДНЫХ ЗНАКАХ
(К 170-ЛЕТИЮ СОЗДАНИЯ)²²**

Р.А. Толмачев, С.П. Глянцев

ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава России

ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России

**AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION:
PAGES OF HISTORY IN METAL BADGES
(TO THE 170th ANNIVERSARY OF CREATION)**

R.A. Tolmachev, S.P. Glyantsev

NMRC of Cardiology, Ministry of Health, Russia

AN Bakulev NMRC of Cardio-Vascular Surgery, Ministry of Health, Russia

Аннотация: На основании анализа доступной литературы и эпиграфики металлических нагрудных знаков воссозданы избранные страницы истории Американской медицинской ассоциации (АМА) с 1845 по 2016 гг. Всего собрано и изучено около 90 знаков, выпущенных с 1897 по 1958 гг. к юбилеям и Конгрессам АМА. Показано, что Конгрессы АМА, за небольшим исключением, проводились ежегодно, а с 1897 по 1958 гг. к каждому из них выпускались от одного до четырех нагрудных знаков из тяжелого металла желтого или белого цвета. Знаки выполнены на высоком художественном уровне с тщательной смысловой, графической и технической проработкой деталей и отражают медицинские, географические, экономические и культурные особенности регионов, где проходили Конгрессы. Собранные знаки АМА имеют историческую, художественную, культурную и музейную ценность и могут являться источниками для изучения избранных страниц истории медицины.

Ключевые слова: история медицины, Американская медицинская ассоциация (1845 – 2016), знаки Юбилеев и Конгрессов АМА (1897 – 1958).

Abstract: Based on an analysis of the available literature and epigraphy of metal badges selected pages of the history of the American Medical Association (AMA) from 1845 to 2016 were recreated. In total, about

²² Доложено 29 декабря 2015 г. на 596-м заседании Московского общества историков медицины в Национальном НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко.

90 badges issued from 1897 to 1958 for Anniversaries and AMA Congresses were collected and studied. It is shown that the AMA Congresses, with a few exceptions, were held annually, and from 1897 to 1958 each of them were issued from the 1st to the 4th metal badges. The badges are made of heavy metal of yellow or white color, are made at a high artistic level with careful semantic, graphic and technical elaboration of details and reflect the medical, geographical, economic and cultural characteristics of the regions where the Congresses were held. The collected badges have historical, artistic, cultural and museum value and can be sources for selected pages studying of the history of medicine.

Key-words: History of Medicine, American Medical Association (1845 – 2016), metal badges of the AMA Anniversaries and Congresses (1897 – 1958).

Американское здравоохранение в корне отличается от российского в первую очередь тем, что создано на частные средства и опирается на инициативы врачебного сообщества. Его основой являются многочисленные организации, общества, ассоциации, корпорации, объединяющие врачей разных специальностей с целью развития отдельных направлений медицины: от контроля за карьерой отдельных членов этих обществ и проведения образовательных и научно-практических форумов до выдвижения различных инициатив, развивающих здравоохранение какого-то отдельного штата или страны в целом. Со своей стороны государство выступает правовым регулятором деятельности этих организаций и рецептором их инициатив, оформляя и закрепляя их на законодательном уровне.

Одна из таких старейших медицинских организаций США – Американская медицинская ассоциация (АМА), была создана в 1847 г. и до сего дня является одной из самых авторитетных медицинских сообществ США, а, возможно, и мира.

Традиционной особенностью частных и общественных организаций США является их «любовь» к различной PR-атрибутике – аббревиатурам, эмблемам, знакам, жетонам, плакетам, флагам и др. И АМА не стала исключением. Нами собрано более 100 знаков Ассоциации, выпущенных с 1897 по 1858 гг., а также различная атрибутика АМА, отражающих не только историю самой Ассоциации и, частично, американского здравоохранения, но и историю Северной Америки в целом.

Целью исследования стало воссоздание избранных страниц (мы назвали их «знаковыми») истории АМА фалеристическими материалами, в первую очередь – нагрудными знаками, конца 19-го – 1-й половины 20 века для демонстрации роли медицинской фалеристики

в изучении истории медицины. Для достижений поставленной цели были сформулированы следующие задачи: 1) изучить общую историю АМА с 1847 г. до сегодняшнего дня; 2) собрать возможно более полную коллекцию знаков АМА, выпущенных к различным событиям жизни Ассоциации и ее форумам разных лет; 3) выявить фалеристические особенности знаков АМА разных лет, оценить их историческую, художественную и культурную ценность; 4) атрибутировать собранные знаки, проанализировать их эпиграфику и выявить ее прототипы в истории США; 5) восстановить некоторые события истории АМА, получившие отображения на собранных знаках; 6) определить роль медицинской фалеристики в изучении избранных страниц истории медицины.

История АМА началась в 1845 г., когда секретарь Медицинского общества штата Нью-Йорк (США) доктор Натан Дэвис (*Nathan Smith Davis*) предложил создать Национальную ассоциацию врачей США. В 1847 г. в Филадельфии (штат Пенсильвания) при Академии естественных наук (*The Academy of Natural Sciences*) такая ассоциация под названием Американская медицинская ассоциация (*The American Medical Association*) была создана. Ее «отцами-основателями» стали 250 врачей разных специальностей, представлявших около 40 медицинских обществ и 28 медицинских колледжей США

Учредительный Конгресс АМА прошел 7 мая 1847 г. в Зоологическом музее Академии естественных наук в Филадельфии. Первым Президентом АМА был избран доктор Натаниэль Чапман (*Nathaniel Chapman*), профессор теоретической и практической медицины Университета Пенсильвании, Президент Медицинского общества Филадельфии и Американского Философского общества, главный редактор Американского журнала медицинских наук (*The American Journal of the Medical Sciences*).

Целью АМА – одной из первых национальных профессиональных медицинских организаций в мире – стало создание единых стандартов медицинской помощи и медицинского образования в США и Канаде и регламентация практической деятельности врачей. Такая «глобальная» цель сделала АМА с первых лет ее существования одной из влиятельных общественных организаций США в сфере здравоохранения.

В 1858 г. АМА создала первый в мире Комитет по медицинской этике и издала первый Кодекс медицинской этики.

Согласно Уставу АМА, ее президенты менялись каждый год. Доктор Натан Дэвис был единственным Президентом за всю 170-летнюю историю АМА, который руководил ею 2 срока: в 1864 – 1865 и 1865 – 1866 гг. На рис. представлен инаугурационный адрес

доктора Альфреда Штилле (*Alfred Stille*) – президента 22-го Конгресса АМА, состоявшегося в 1871 г. в Сан Франциско (штат Калифорния).

В 1883 г. вышел в свет 1-й номер Журнала АМА (*The Journal of American Medical Association, JAMA*), и по сей день являющегося одним из самых престижных медицинских изданий в мире. Его импакт-фактор является наибольшим среди всех медицинских изданий мира и составляет 47,7 (см. <https://jamanetwork.com/journals/jama/pages/for-authors>), а индекс цитирования (*cite score*) в базе данных SCOPUS на 2017 г. равняется 7,3. Первым главным редактором журнала был избран Натан Дэвис, к этому времени занимавший должность профессора общей медицинской практики Медицинского колледжа Чикагского университета (Иллинойс, США).

В 1897 г., через 50 лет своего существования, АМА получила официальный статус как профессиональная корпорация. К полувековому юбилею АМА был выпущен знак из тяжелого металла с эмалью голубого цвета; на нем, помимо указания события (50-летний юбилей), указаны место (Филадельфия) и год (1897) выпуска знака, в центре которого помещена монограмма АМА, не встречающаяся на более поздних знаках.

В 1899 г. в городе Колумбус (штат Огайо) прошел 51-й Конгресс АМА. Его знак выполнен из тяжелого металла белого цвета с окантовкой из синей эмали. Своей формой и изображением двух снопов на фоне сжатого поля знак повторяет «большую печать» штата Огайо, расположенного на северо-востоке США.

В 1899 г. редколлегию JAMA возглавил Дж. Симмонс (*G.H. Simmons*), сделав в 1920-х гг. журнал одним из самых престижных медицинских периодических изданий в мире. В 1901 г. был учрежден так называемый «Дом делегатов» – главный законодательный и директивный орган АМА, состоящих из выборных представителей всех медицинских обществ, входящих в АМА. С 1901 г. на АМА было возложено лицензирование всех профессиональных врачей в США. В 1902 г. в Чикаго была открыта Штаб-квартира АМА.

В 1902 г. в Саратоге (штат Вайоминг) состоялся 54-й Конгресс АМА. На знаке этого конгресса представлена сценка из жизни индейцев.

На знаке Конгресса 1904 г. в Атлантик Сити (штат Нью Джерси) указано название собрания – «Ежегодная сессия АМА», однако мы будем использовать более привычный для нас термин «конгресс». Изображение в центре знака напоминает об открытии Америки Колумбом. В том же году при АМА был создан Совет по медицинскому

образованию, а 1905 г. – Совет по фармации и химии для стандартизации лекарств.

На знаке Конгресса, прошедшего в 1906 г. в Бостоне (штат Массачусетс) изображена одна из дочерей Асклепия, богиня фармации Гигея.

В 1907 г. 59-й Конгресс АМА вновь прошел в Атлантик-Сити; где находится самый высокий маяк штата Нью-Джерси, изображенный на знаке конгресса. Далее в нашей коллекции представлены знаки Конгрессов АМА, прошедших в 1908 г. в Чикаго (штат Иллинойс) и в 1910 г. – в Сент-Луисе (штат Миссури). Их особенностью является то, что они выполнены в виде рыцарских щитов. При этом на знаке Конгресса 1910 г. изображен красный крест – эмблема духовно-рыцарского Ордена тамплиеров. Это напоминает тот факт, что Сент-Луис был основан в 1763 г. выходцами из Европы, возможно, масонами, тесно связанными с орденом тамплиеров.

Знаки 61-го Конгресса АМА, прошедшего в 1909 г. в Атлантик-Сити, формой напоминают раковины морских гребешков, которых рыбаки города вылавливали в больших количествах. На одном из знаков изображен еще один вариант монограммы АМА, расположенный в круге из синей эмали, а на другом – эмблема АМА тех лет: красный крест в синем круге с аббревиатурой АМА. На прочих знаках коллекции красный крест не встречается.

В 1910 г. с публикации доклада А. Флекснера (*A. Flexsner*), сделанного под эгидой АМА, началась реформа высшего медицинского образования в США и Канаде. В 1910 – 1914 гг. появилась новая эмблема АМА: круг красного цвета с посохом Асклепия внутри, обрамленный кольцом с аббревиатурой АМА. Именно эта эмблема АМА сохранилась до настоящего времени.

В первый раз 2 знака к одному Конгрессу, прошедшему в Атлантик-Сити, были выпущены в 1909 г. В последующем это нередко повторялось, как, например, знаки 63-го Конгресса в Лос-Анжелесе (штат Калифорния) в 1911 г. Мы объясняем это тем, что разные знаки могли выпускаться для разных категорий делегатов. Так, одном знаке 1911 г., возможно, *мужском*, изображен герб «Города Ангелов», а на другом, возможно *дамском* – тропические растения.

На знаке 64-го Конгресса, прошедшего в 1912 г. в Атлантик-Сити, впервые появляется изображение кадудея Меркурия, символа медицины и торговли. Знак 65-го Конгресса (Миннеаполис, штат Миннесота) повторяет «печать» города, на которой изображен знаменитый мост Стоун-Арч – одна из исторических достопримечательностей Миннеаполиса. В 2007 г. этот мост получил новую печальную извест-

ность, когда обрушился с человеческими жертвами.

В 1914 г. Совет по медицинскому образованию АМА ввел стандарты прохождения интернатуры в госпиталях США.

На знаках 66-го и 69-го Конгрессов 1914 и 1916 гг. изображена эмблема АМА. На знаке 69-го Конгресса в Детройте (штат Мичиган, 1916) изображена «пирог», символизирующая факторию для торговли пушниной с индейцами. На знаке 70-го Конгресса (Чикаго, 1918 г.) впервые появляется изображение символа США – двуглавого орла.

На знаке члена «Дома делегатов» 72-го Конгресса АМА, прошедшего в 1919 г. в Атлантик Сити; изображен кадуцей, возможно, отражающий выставку медицинского оборудования, представленного на Конгрессе.

Знак 73-го Конгресса в Новом Орлеане (штат Луизиана) содержит эмблему АМА и символику одного из промышленных центров США. Знак 74-го Конгресса имел кольцо и ленточку для крепления. На нем изображена та же самая Гигея, что и на знаке бостонского конгресса 1906 года.

Знак 74-го Конгресса (Бостон, 1921 г.) с надписью на планке «EXHIBITOR» подтверждает наше предположение о проводимых на конгрессах АМА выставках медицинского оборудования, инструментария и принадлежностей. На самом знаке в форме щита изображен эпизод так называемого «бостонского чаепития», послужившего поводом войны за независимость США от Англии.

На знаке 75-го Конгресса (Сент-Луис, 1922 г.) изображен «отец» гастроэнтерологии, американский хирург Уильям Бомон (*William Beaumont*), впервые изучивший физиологию пищеварения у человека, получившего слепое ранение в живот с образованием желудочной фистулы.

Знак 76-го Конгресса АМА, состоявшегося в 1923 г. в Сан-Франциско, венчает символ Калифорнии – медведь, изображенный на флаге штата. В овале на знаке виден пролив «Золотые Ворота», соединенный в 1937 г. мостом, считавшимся до 1969 г. самым длинным мостом в мире.

В 1923 г. АМА учредила «Hugeia» – «семейный» журнал для пропаганды здорового образа жизни. В СССР его аналогом стал журнал «Здоровье», впервые увидевший свет в 1924 г.

На знаке 77-го Конгресса АМА, прошедшего в 1924 г. в Чикаго, изображены строения так называемой «Великолепной мили Чикаго»

(*Magnificent Mile*), часто называемой просто «The Mag Mile». Этот район тянется вдоль Мичиган-Авеню, пересекая Чикаго Ривер. Знаки участников выставки медоборудования имели именные колодки.

На знаке 78-го Конгресса в 1925 в Атлантик-Сити изображен упомянутый выше маяк и портовые сооружения города.

Как и на более ранних знаках, на знаках многих конгрессов АМА, выпущенных в 20 веке, можно видеть изображение кадуцея Меркурия – бога медицины и торговли, например, на знаке 79-го Конгресса, прошедшего в 1926 г. в Далласе (штат Техас).

Знак 80-го Конгресса АМА в Вашингтоне (1927 г.) венчает здание Конгресса США – достопримечательность города. На знаке 81-го Конгресса 1928 г. изображен Лорингг-парк Миннеаполиса, по которому разгуливают белки. На знаке 82-го Конгресса, прошедшего в 1929 г. в Портленде (штат Орегон) изображен первопроходец Дальнего Запада с длинноствольным ружьем. На знаке 83-го Конгресса в Детройте (1930 г.) можно видеть мост Амбассадор (длина 2286 м), построенный в 1929 г. и до моста «Золотые ворота» считавшийся самым длинным мостом в мире.

Знаки Конгресса 1931 г. (Филадельфия, штат Пенсильвания) украшены изображением небоскреба Сити Холл, который является самым высоким зданием в мире, построенном из камня. На знаке 85-го Конгресса в Новом Орлеане (штат Луизиана, 1932 г.) изображены силуэты паровоза (слева) и парохода (справа), поскольку город является крупным транспортным узлом. На знаке 86-го Конгресса в Милуоки (штат Висконсин, 1933 г.) изображены здания города. Контуры знака 87-го Конгресса в Кливленде (штат Огайо, 1934 г.) повторяют контуры штата. Знак 88-го Конгресса в Атлантик Сити (1935 г.) снова изображен в форме морского гребешка

На знаках 89-го Конгресса 1936 г., прошедшего в Канзас-Сити (штат Миссури) изображена сцена из жизни покорителей американского Дикого Запада – вооруженный мужчина и женщина со скарбом на лошади. На знаке 90-го Конгресса (Атлантик-Сити, 1937 г.) повторено встречавшееся ранее изображение городского маяка с несколькими яхтами.

Конгресс 1938 г., прошедший в Сан-Франциско, представлен в нашем собрании 4-мя знаками. На первом изображен земной шар и территория Северной Америки и Канады, символизируя распространение влияния АМА на оба этих государства. Второй знак предназначался для элиты АМА – члена «Дома делегатов». Третий знак – знак участника выставки, повторяет элитарный знак, но не содержит зеленой

ленточки. Четвертый знак является сувенирным и представляет собой кружок из легкого металла с изображением, нанесенным краской.

На знаках 93-го Конгресса АМА (Сент-Луис, штат Миссури, 1939 г.) изображен доктор Джон Ходген (*John T. Hodgen*) – профессор физиологии Университета Миссури, президент медицинской ассоциации штата, Президент АМА (1881 г.). На знаках 94-го Конгресса АМА, прошедшего в Нью-Йорке в 1940 г., изображена Статуя Свободы и эмблема АМА. В коллекции представлены знак делегата этого Конгресса, а также именные знаки участника выставки и одного из ее научных кураторов, доктора Блэйга (*B.C. Blaine*).

На знаках конгрессов 1941 – 1947 гг. присутствует как аббревиатура АМА, так и ее современная эмблема, в которой посох Асклепия размещен не вертикально, а под углом. В 1942 г. Совет по медицинскому образованию АМА и Ассоциация медицинских колледжей США утвердили стандарт присвоения выпускникам медицинских колледжей звания «доктор медицины» (MD). В 1943 г. был открыт офис АМА в Вашингтоне и учрежден Совет по медицинскому сервису и внешним связям. В 1945 г. АМА впервые рекомендовала нормы содержания алкоголя в крови автомобилистов.

На знаке 100-го Конгресса АМА в Сан-Франциско изображен мост через пролив «Золотые Ворота», построенный в 1933 – 1937 г. В 1947 г. на 101-м Конгрессе в Атлантик Сити АМА праздновала свое 100-летие, о чем говорят надписи на знаке участника и именном знаке куратора выставки этого конгресса. В нашей коллекции представлена групповая фотография делегатов Юбилейного Конгресса АМА.

На знаках 102-го Конгресса АМА, прошедшего летом 1948 г. в Чикаго, изображено продолговатое здание печально знаменитых, самых больших в мире чикагских боен для забивания скота (свиней). На знаке 106-го Конгресса, прошедшего в Чикаго в 1952 г., изображен один из крупнейших и красивейших в мире фонтанов – Букингемский фонтан.

В 1951 г. АМА создала Комиссию по аккредитации госпиталей США и Канады, в которую вошли: Совет по медицинскому образованию и госпиталю АМА (*AMA Council of Medical Education and Hospitals*), Американский колледж хирургов (*American College of Surgeons*), Американский колледж врачей (*American College of Physicians*), Ассоциация американских госпиталей (*American Hospital Association*) и Канадская медицинская ассоциация (*Canadian Medical Association*).

Если знаки 103-го Конгресса АМА в Атлантик Сити 1949 г. имеют, как и раньше, форму морского гребешка, то в знаках 105-го Конгресса

1951 г. изображение раковины с аббревиатурой АМА на ней расположено вверху поля шестиугольной формы. На знаке 104-го Конгресса АМА в Сан-Франциско (1950 г.) изображен знаменитый городской трамвай, езда на котором по холмам, на которых стоит город, создавала впечатление «американских горок».

На знаке 105-го Конгресса (Сан-Франциско, 1954 г.) изображен мост через пролив «Золотые ворота». Именной знак Конгресса этого года свидетельствует о том, что на конгрессах АМА выставлялась Британская энциклопедия (*Encyclopaedia Britannica*). В том же 1954 г. АМА рекомендовала оснастить все автомобили, выпускаемые в США, ремнями безопасности. На знаках 107-го и 111-го Конгрессов АМА, прошедших в Нью-Йорке в 1953 и 1957 гг., изображены Статуя Свободы, эмблема АМА и знаменитые нью-йоркские небоскребы.

В нижней части знака 110-го чикагского Конгресса 1956 г. изображен Форт Дирборн, который был возведен в 1803 г. и дал начало городу. Форт носит имя генерала Генри Дирборна (*Henry Dearborn, 1751 – 1829*), военного министра США в 1801 – 1809 гг. Имя Дирборна носит также один из городов штата Мичиган, в котором расположены заводы компании «ФОРД».

Последними металлическими знаками конгрессов АМА стали знаки, выпущенные к 112-му Конгрессу, прошедшему в Сан-Франциско в июне 1958 г. В верхней части знака овальной формы изображен маяк Пойнт-бонита, расположенный у входа в залив Сан-Франциско, сам залив и панорама города (внизу). В нижней – эмблема АМА и год (1958-й).

На том Конгрессе группе ученых из Медицинской школы Университета Колорадо (Денвер) за разработку метода прижизненной визуализации тканевых структур при помощи ультразвука АМА вручила «Сертификат признания заслуг».

Вместе с делегатскими знаками к конгрессам АМА из тяжелых металлов выпускались и более дешевые в изготовлении сувенирные знаки, так называемые «пуговицы». Как правило, они повторяли изображение основного знака. К сожалению, после 1958 г. АМА прекратила выпуск металлических знаков конгрессов. Их делегатам стали вручать бумажные бейджи с эмблемами АМА, которые оказались менее долговечными и не представляют большого интереса с точки зрения их коллекционирования. Но история АМА на этом не закончилась...

В 1960 г. АМА разработала стандарты здоровья для пожилых и стариков, в 1961 г. внедрила классификацию (номенклатуру) болезней, в 1966 г. ввела единую для США и Канады медицинскую терминологию.

Если говорить о географии Конгрессов АМА, то с 1897 по 1958 г. они были проведены в 19 городах США: в Атлантик-Сити (15раз), Чикаго (8 раз), Сан-Франциско (7раз), Сент-Луисе и Нью-Йорке (по 4 раза).

Как мы уже говорили выше, АМА объединяет региональные медицинские общества, созданные в каждом штате, которые входят в нее на правах коллективных членов. Каждое региональное общество имеет свою эмблему, проводит свои форумы, к которым в прошлом выпускало свои знаки. В нашем собрании представлена коллекция колодок знаков конгрессов Медицинского общества штата Кентукки, проведенных в 1908 – 1937 гг.

В 1990 г. АМА переехала в новую Штаб-квартиру в Чикаго – 30-этажное здание высотой 130 метров. В том же году АМА предложила реформировать систему здравоохранения США, расширив возможности медицинского страхования. В 2000 г. АМА учредила Премию своего основателя, доктора Натана Дэвиса (The Dr. Nathan Davis International Awards) для награждения выдающихся деятелей мировой медицины.

Важное место в работе АМА занимает составление и выпуск специальных руководств (*guide*) по охране здоровья граждан Америки, включая медицинские энциклопедии.

О значимости АМА в развитии здравоохранения США говорит тот факт, что к его мнению прислушиваются президенты США. Так, выступая на 164-м Конгрессе АМА в Чикаго 15 июня 2009 г. Барак Обама заявил делегатам Конгресса: «*Если вам нравится план охраны вашего здоровья, то вы можете сохранить его...*». Неясно, правда, что хотел тем самым сказать Президент, но его речь можно найти в Интернете.

В настоящее время АМА является крупнейшей общественной медицинской организацией Северной Америки и объединяет региональные медицинские ассоциации всех территорий, находящихся под юрисдикцией США и Канады. В 2011 г. членами АМА являлись 217490 американских и канадских врачей. АМА способствует: 1) Развитию медицины как науки и практической деятельности; 2) Улучшению медицинского обслуживания и состояния здоровья населения; 3) Мотивации интереса врачей и пациентов к решению проблем, связанных со здоровьем; 4) Лоббированию законопроектов, направленных на улучшение здравоохранения; 5) Поддержанию и выпуску периодических изданий, включая свой знаменитый JAMA. Аналогом АМА в России является Национальная медицинская палата, которую возглавляет профессор Леонид Рошаль.

На 168-м Конгресс АМА (Чикаго, 2013 г.) Президентом АМА была

в 3-й раз за 170-летнюю историю АМА была избрана женщина – доктор Ардис Ли Ховен (*Dr. Ardis Lee Hoven*) из Лексингтона (Кентукки)

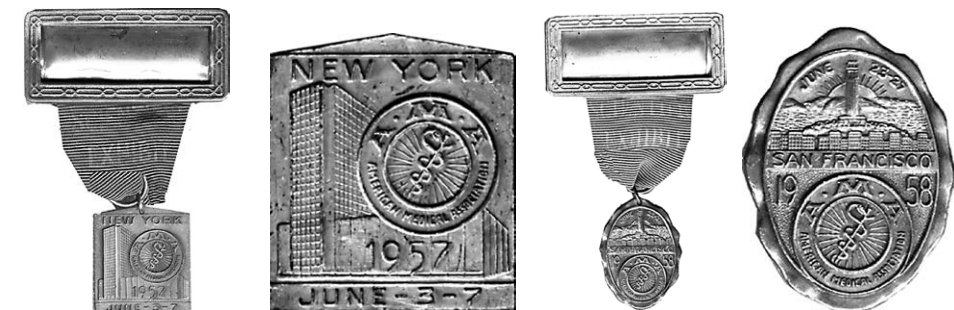
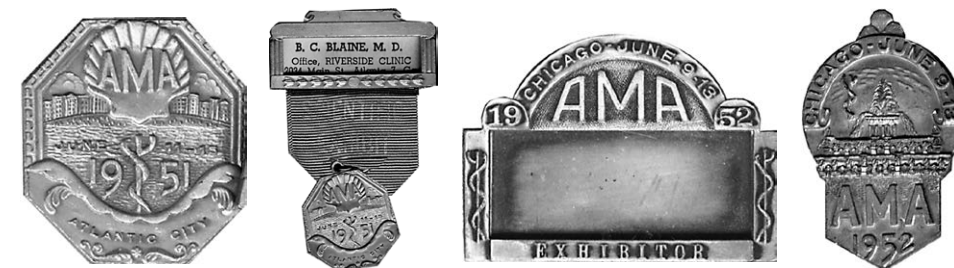
Таким образом, подводя итоги нашего исследования, можно констатировать следующее:

1. Созданная в 1847 г. Американская медицинская ассоциация (АМА) действительно является одним из старейших медицинских обществ мира и в 2017 г. отметила свое 170-летие.
2. Конгрессы АМА, за небольшим исключением, проводились ежегодно, а с 1897 по 1958 гг. к каждому из них выпускались от 1-го до 4-х нагрудных знаков.
3. Большинство знаков АМА изготовлено из тяжелого металла желтого или белого цветов, выполненных на высоком художественном уровне, с тщательной смысловой, графической и технической проработкой деталей.
4. На знаках конгрессов АМА отражены медицинские, географические, экономические и культурные особенности регионов, где они проходили.
5. Знаки конгрессов АМА позволяют узнать много нового не только из истории АМА, но из истории медицины США как страны в целом.
6. Собранные нами знаки конгрессов АМА имеют не только историческую, художественную и культурную, но и музейную ценность;
7. Малые формы пластического искусства, к которым относят нагрудные знаки и другие фалеристические предметы (например, медали) являются ценными источниками для изучения избранных страниц истории медицины.

ЛИТЕРАТУРА:

1. *Американская медицинская ассоциация. Электронный ресурс: https://ru.wikipedia.org/wiki/Американская_медицинская_ассоциация*
2. *AMA History. Available at: <https://www.ama-assn.org/ama-history>*
3. *Fishbein M. History of the American Medical Association // JAMA. 1947; 133(4): 235 – 243. doi:10.1001/jama.1947.62880040001006*





ВКЛАД МЕДИКОВ ИМПЕРАТОРСКОГО ПРАВОСЛАВНОГО ПАЛЕСТИНСКОГО ОБЩЕСТВА В УКРЕПЛЕНИЕ ГУМАНИТАРНЫХ СВЯЗЕЙ РОССИИ И БЛИЖНЕГО ВОСТОКА

Л.Е. Горелова

*ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт
общественного здоровья им. Н.А. Семашко», Москва*

В.Н. Шелкова

*ГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 9 имени Г.Н.
Сперанского Департамента Здравоохранения Москвы», Москва*

THE CONTRIBUTION OF MEDICAL PROFESSIONALS OF THE IMPERIAL ORTHODOX PALESTINE SOCIETY IN STRENGTHENING HUMANITARIAN TIES BETWEEN RUSSIA AND THE MIDDLE EAST

L.E. Gorelova

FSSBI «N.A. Semashko National Reseach Institute of Public Health», Moscow

V.N. Shelkova

*State budget-funded organization of health of Moscow «Speransky city
children's hospital № 9 of Moscow Department of Health», Moscow*

Аннотация: Статья посвящена медикам, трудившимся в Императорском Православном Палестинском Обществе, и их вкладу в укрепление российско-ближневосточных гуманитарных связей.

Abstract: The article is devoted medical professionals of the Imperial Orthodox Palestine Society and their contribution to the strengthening of Russian – Middle East humanitarian ties.

Ключевые слова: Императорское Православное Палестинское Общество, медики, медицина, образование, гуманитарные связи.

Key-words: Imperial Orthodox Palestine Society, medical professionals, medicine, education, humanitarian ties.

Гуманитарные связи России с Ближним Востоком имеют многовековую историю. Со времён Крещения Руси ежегодно тысячи паломников, преодолевая трудности и опасности пути, направлялись в Палестину для поклонения Святым Местам. Ещё до Крымской войны, в 1847 году, в Иерусалиме была учреждена Русская Духовная Миссия, действующая в наши дни. Её начальниками были такие известные востоковеды как епископ Порфирий Успенский (1804-1885), архиман-

дриты Леонид Кавелин (1822-1891) и Антонин Капустин (1817-1894). После войны, в 1858 году, Александром II был создан специальный Палестинский Комитет, а с 1864 года его преемницей стала Палестинская Комиссия при МИДе Российской Империи. Основные задачи Комиссии, позднее унаследованные Императорским Православным Палестинским Обществом (ИППО), состояли в помощи православным паломникам из России, поддержке интересов Православия на Ближнем Востоке, просветительской и гуманитарной помощи арабскому населению. Однако, ни Духовной Миссии, ни Палестинской Комиссии не удалось в полной мере выполнить такие обширные и сложные задачи. Еще первый начальник Духовной Миссии, Порфирий Успенский, высказал пожелание о создании частного общества, которое смогло бы выполнять их более эффективно. Но лишь после освободительной войны на Балканах, на волне патриотического энтузиазма возникли условия для осуществления этих замыслов.

В 1881 году государственный и общественный деятель Василий Николаевич Хитрово (1834-1903) представил в МИД записку с предложением создания частного Православного Палестинского Общества. Он впоследствии до конца своей жизни оставался душой и организатором Общества, исполняя обязанности его секретаря. Начинание В.Н. Хитрово поддержал великий князь Сергей Александрович (1857-1905), брат императора Александра III, ставший первым председателем Православного Палестинского Общества, торжественно открытого 21 мая 1882 года. После трагической гибели великого князя председателем общества стала его супруга, великая княгиня Елизавета Фёдоровна (1864-1918). Среди членов Совета Общества были члены царской семьи, представители Синода, известные аристократы, государственные деятели и учёные. Среди последних следует отметить академики-византиста В.Г. Василевского, профессора церковной археологии А.А. Олесницкого, дипломата-арабиста А.П. Беляева, церковного историка А.А. Дмитриевского, основоположника научной системы физического воспитания П.Ф. Лесгафта и многих других (Степашин 2012).

В 1889 году общество получило звание Императорского (ИППО) и повелением Александра III ему были переданы все обязанности, дела и капиталы упразднённой Палестинской Комиссии. Они включали Иерусалимский госпиталь с аптекой и 5 странноприимных домов для паломников в Иерусалиме, Яффе и Назарете (Дмитриевский 1907).

В непростых условиях Обществу удалось успешно осуществить на Ближнем Востоке значимые гуманитарные проекты.

Для того, чтобы подробно ознакомиться с жизнью паломников,

Православное Палестинское Общество в 1883 году командировало в Палестину авторитетного врача и известного всей России Путешественника Александра Васильевича Елисеева (1858-1895). По окончании в 1882 году Императорской Медико-Хирургической Академии он служил военным врачом в полевых госпиталях, занимаясь хирургией. В 1887 году доктор Елисеев окончил военную службу и занялся частной практикой. Ближний Восток занимал особое место в его судьбе (Елисеев 1895).

Александр Васильевич Елисеев впервые отправился туда в 1881 году при поддержке Императорского Географического Общества. В результате этой поездки по Египту, Сирии и Палестине вышли в свет написанные прекрасным литературным языком заметки «Путь к Синаю». Во время путешествия врач собрал и обобщил уникальную информацию. Он выполнил антропологические исследования и археологические раскопки, изучал быт и нравы туземцев, интересовался народной арабской медициной, проводил наблюдения за флорой и фауной. Работы А.В. Елисеева представляют его как талантливого гигиениста. Он подробно анализировал влияние природных условий климатических и ландшафтных зон Ближнего Востока на здоровье местного и приезжего населения, на течение острых и хронических заболеваний и предлагал их рациональное использование для курортного лечения. Особые заслуги принадлежат учёному в медико-географическом изучении пустынь. Итогом исследования пустынь Старого Света, в том числе Каменистой Аравии, явилась работа «Болезни пустынь», где подробно описываются заболевания, развитию которых способствуют природные условия данной ландшафтной зоны.

Александр Васильевич считал медицину своим главным занятием. Во всех своих путешествиях он никогда не оставлял обязанностей врача, часто оказывая помощь населению, лишённому медицинской помощи. Бедуины, феллахи и палестинские пастухи высоко ценили профессиональные знания доктора, всегда тянулись к нему. Добрая слава об отзывчивом и знающем враче из далёкой Московии разносилась по тем местам, куда забрасывала его судьба. Помимо непосредственной помощи обращающимся к нему больным, доктор Елисеев изучал эпидемиологию инфекционных и соматических заболеваний, встречающихся на Ближнем Востоке, тщательно взвешивая роль предрасполагающих к их развитию природных и бытовых условий. Местное население и паломники часто страдали холерой, малярией, туберкулёзом, сифилисом и трахомой. Последствиями последней часто являлась потеря зрения. Длительное неполноценное питание способствовало осложнённой течению заболеваний.

По итогам поездки в Палестину в 1883 году Александр Васильевич Елисеев выступил с докладом на заседании ИППО, вызвавшим огромный интерес. Была издана обстоятельная книга «С русскими паломниками на Святой Земле весной 1883 года», имевшая большой успех. Доктор Елисеев настоятельно рекомендовал расширить русские странноприимные заведения в Палестине, открыть при них амбулатории и наладить быт простых паломников (Елисеев 1885).

Рекомендации врача были выполнены руководством ИППО. Организация стала приобретать земельные участки и строения для устройства подворий, чтобы коренным образом улучшить положение паломников. Одновременное нахождение на подворьях Общества большого числа паломников (до 10 тысяч) угрожало распространением инфекционных заболеваний. Для того, чтобы снизить риск заражения педикулёзом и возникновения эпидемий сыпного тифа и других инфекционных заболеваний, на подворьях устраивались медицинские кабинеты для амбулаторного приёма, бани, прачечные и дешёвые столовые. Лекарские помощники с аптечками сопровождали караваны паломников в длительных путешествиях (Дмитриевский 1907). Через 9 лет после первой поездки А.В. Елисеев писал: «Посетив ещё раз Палестину, я был приятно поражен благотворной деятельностью Общества, уничтожившего или облегчившего многие нужды русского паломничества в Святой Земле» (Пересыпкин 1992).

Выдающийся врач-путешественник умер 22 мая 1895 года, в возрасте 36 лет от крупозной пневмонии вскоре после возвращения из Эфиопии. До последних дней жизни доктор Елисеев продолжал медицинскую практику. За несколько дней до смерти Александр Васильевич, подобно чеховскому доктору Дымову, отсасывал из дыхательных путей больного ребёнка дифтерийные плёнки. Неожиданная кончина учёного прервала многие его творческие планы, в том числе по изучению Ближнего Востока в сотрудничестве с ИППО (Елисеев 1895).

К 1914 году ИППО владело Иерусалимским госпиталем на 60 коек с амбулаторией, а также пятью самостоятельными амбулаториями в Бейт-Джале, Назарете, Вифлееме, Бейруте, Дамаске и Хомсе. За год в них получали медицинскую помощь свыше 100 тысяч человек. Общество успешно применяло систему медицинского страхования: за один рубль больничного сбора паломник мог находиться на лечении в госпитале так долго, как этого требовало заболевание. Лечебные заведения ИППО были открыты как для паломников и служащих из России, так и для местных жителей без различия вероисповедания и национальности. Организация рассматривала заботу об оказании медицинской помощи не только как дело благотворительности, но и справедливо

считало его одним из способов поддержания Православия среди местных жителей.

Иерусалимский госпиталь играл ведущую роль среди медицинских учреждений ИППО. Он был открыт в 1863 году при Палестинской Комиссии, а в 1885 году при госпитале возвели корпус для инфекционных больных. В госпиталь на 60 кроватей, также именованный Русским, направлялись на лечение пациенты с более сложными для лечения и диагностики заболеваниями, так как его заведующему подчинялись все амбулатории Общества в Палестине и Сирии.

Хирургическая и терапевтическая помощь были поставлены на самом высоком уровне. В госпитале была современная операционная, имелись рентгеновский аппарат и редкие даже для столичных клиник приспособления для промывания желудка и переливания крови. Здесь активно использовалось физиотерапевтическое и водолечение, при необходимости оказывалась стоматологическая помощь. По отзывам иностранных врачей, Русскому госпиталю среди медицинских учреждений в Иерусалиме принадлежало первое место (Дмитриевский 1907).

С Иерусалимским госпиталем связаны судьбы многих русских медиков: врачей, фельдшеров, фармацевтов и сестёр милосердия. Среди них наиболее известен врач Дионисий Фёдорович Решетилло (1845-1908), заведовавший госпиталем с 1879 по 1890 год. Выпускник Московского университета, он продолжил образование в акушерско-гинекологической клинике Медико-Хирургической Академии и в 1877 году получил степень доктора медицины. Затем Дионисий Фёдорович служил военным врачом и ординатором в Родовспомогательном заведении у профессора А.Я. Крассовского в Петербурге, а в конце 1879 года был командирован в Иерусалим для заведования госпиталем при странноприимных заведениях, впоследствии перешедших в ведение ИППО.

Поддержание образцового состояния госпиталя во время его нахождения в ведении Палестинской Комиссии (до 1889 года) стоило Дионисию Федоровичу больших усилий, так как её чиновники постоянно вмешивались во внутреннюю жизнь учреждения, стремясь к сокращению расходов на его содержание. Доктору приходилось открыто противостоять руководству консульства, пытавшемуся сократить закупки хины, необходимой для лечения малярии и расходы на питание больных (Дмитриевский 1907).

Помимо лечебной работы Д.Ф. Решетилло с 1879 года в течение 10 лет проводил научные исследования по установлению этиологии малярии. Их результаты врач изложил в научном труде «Болотные лихорадки в Палестине», который с благодарностью посвятил первому

председателю ИППО великому князю Сергею Александровичу. Несмотря на то, что Д.Ф. Решетилло ошибочно принял за возбудителей малярии артефакты приготовленных им препаратов крови, назвав их несуществующими «палочками малярии», в своей работе он сделал много ценных наблюдений об особенностях малярии в Палестине, ведущих научную мысль к установлению этиологии заболевания.

После завершения исследования Дионисий Фёдорович защитил в Военно-Медицинской Академии докторскую диссертацию на тему «Об этиологии малярии вообще и опыт определения этиологии малярии в безболотистой местности» и служил приват-доцентом кафедры кожных и венерических болезней Московского университета. В 1904 году увидела свет его монография о проказе, ставшая первым отечественным фундаментальным трудом, посвящённым данному заболеванию. Эта научная работа, в которой был отражён и опыт работы в Палестине, был посвящён автором императору Николаю II (Решетилло 1904).

В последние годы жизни Д.Ф. Решетилло много работал над изучением терапевтического действия рентгеновского и радиоактивного излучения. Он стал автором первого отечественного руководства по рентгенодиагностике и лучевой терапии. Дионисий Фёдорович разработал и ввёл в практику инновационные методы лечения радиоматематических, кожных и внутренних заболеваний. Им было подготовлено руководство для практических врачей, посвящённое использованию радия в медицине. Эта уникальная работа, аналогов которой не было ни в отечественной, ни в зарубежной литературе, вышла в свет в 1910 году уже после смерти автора (Решетилло 1910). Захоронение Дионисия Фёдоровича Решетилло находится на Ваганьковском кладбище в Москве.

В июле 1891 года врачом и руководителем Иерусалимского госпиталя стал Виктор Яковлевич Северин, который более 20 лет заведовал медицинскими учреждениями ИППО. Он был опытным врачом широкого профиля (Северин 1894). Виктор Яковлевич производил в госпитале полостные операции с использованием хлороформного наркоза, консультировал больных на дому и в амбулаториях Общества, выезжал вместе с фельдшерами в арабские селения во время эпидемий, принимал участие в организации образовательных учреждений и вёл теоретические занятия по медицине в женской семинарии (Северин 1896). Посетивший с инспекционной поездкой учреждения ИППО в 1895 году, Д.В. Истомин писал, что доктор Северин «весь живёт интересами своего учреждения и пациентов» (Истомин 1897-1896), отмечая его «сердечно-участливое попечение о больных». После начала Первой мировой войны, когда учреждения ИППО заняли турецкие власти, большинство сотрудников Общества покинуло Палестину и Сирию.

Но Виктор Яковлевич остался Иерусалиме и в 1916 году умер на своём посту (Лисовой 2013).

За годы службы на Ближнем Востоке В.Я. Северин освоил арабский язык в объёме, достаточном для сбора анамнеза и объяснения пациентам способов употребления лекарств. Но более сложных случаях часто возникало непонимание. Медицинский персонал из-за языкового барьера также испытывал трудности при лечении местных жителей. Поэтому возникла необходимость готовить местные кадры со знанием арабского и русского языков. Эта задача была возложена на мужскую Назаретскую и женскую Бейт-Джалльскую учительские семинарии, где арабские юноши и девушки готовились стать учителями начальных школ (Истомин 1896-1897).

К 1909 году в Палестине, Сирии и Ливане для местного населения работало 109 школ ИППО с 11536 учащимися. Некоторые школы выполняли функции и детских садов, так как в них принимались дети с трёхлетнего возраста. Контроль за здоровьем их учеников также входил в обязанности медиков Общества (Степашин 2012).

Программа обучения в учительских семинариях включала в себя курс гигиены, а учащиеся старшего практического класса обязательно дежурили в амбулаториях, где под руководством фельдшеров осваивали приёмы оказания доврачебной помощи, приготовления простейших лекарств и работали переводчиками. При выпуске из семинарий учителя сельских школ снабжались аптечками, так как жителям селений даже элементарная медицинская помощь зачастую была недоступна. Знания в области медицины давали возможность учителям завоевать авторитет у местных жителей, что поддерживало успех гуманитарной миссии Общества (Истомин 1896-1897).

Таким образом, медики, трудившиеся в учреждениях Императорского Православного Палестинского Общества, внесли весомый вклад в успех его деятельности и укрепление традиционных гуманитарных связей России и Ближнего Востока.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Дмитриевский А.А. Императорское Православное Палестинское общество и его деятельность за истекающую четверть века (1882-1907). Спб.: Типография В.Ф. Киришаума; 1907.
2. Елисеев А.В. С русскими паломниками на Святой Земле весной 1884 года. Спб.: Типография В. Киришаума; 1885.
3. Елисеев А.В. Некролог-биография// Природа и люди. 1895. № 31. С. 489.
4. Истомин Д.В. Учреждения Императорского Православного Палестинского Общества в 1895\6 году: Отчет по командировке Д.Вл. Истомина. Вып. 1. Спб.: Типография В. Киришаума; 1896-1897.
5. Лисовой Н.Н. Ветка Палестины //Передача Радио России, ВГТРК от 24.12.2013. URL: <http://radiorus.ru/«Ветка Палестины»/> «Ветка Палестины» от 24.12.2013 (дата обращения 1.08.2018).
6. Пересыткин О.Г. Палестина, близкая нам\| Православный Палестинский Сборник. 1992. № 31 (94). С. 148-154.
7. Решетилло Д.Ф. Проказа. Изложение истории, географического распространения, статистики, этиологии, бактериологии, распознавания, лечения, законодательства и общественной профилактики проказы. Спб.: К.Л. Риккер; 1904.
8. Решетилло Д.Ф. Радий и его применение для лечения болезней кожи, злокачественных новообразований и некоторых болезней внутренних органов: руководство для практических врачей. Спб.: Журнал «Практическая медицина» (В.С. Эттингер); 1910.
9. Северин В.Я. К казуистике острых внутренних ущемлений кишек. Спб.: Тип. М.М. Стасюкевича; 1894.
10. Северин В.Я. Метапневматические абсцессы легких. К казуистике хирургического вмешательства при них. Спб.: Тип. М.М. Стасюкевича; 1896.
11. Степашин С.В. Императорское Православное Палестинское Общество: к 130-летию со дня основания. В кн.: Императорское Православное Палестинское общество. К 130-летию со дня основания. Международная научная конференция. 10 ноября 2011года. Москва: Индрик, 2012. С. 7-16.

НАЧАЛО ПРЕПОДАВАНИЯ ПСИХИАТРИИ В РОССИЙСКОЙ ИМПЕРИИ

В.В. Дукорский

*Управление Государственного комитета судебных экспертиз
Республики Беларусь по Могилевской области, Могилев, Беларусь*

THE BEGINNING OF THE TEACHING OF PSYCHI- ATRY IN THE RUSSIAN EMPIRE

V.V. Dukorsky

*Mogilev Regional Department of the State Committee on Forensics of the
Republic of Belarus, Mogilev, Belarus*

Аннотация: Статья посвящена истории начала преподавания психиатрии в Российской империи.

Ключевые слова: История медицины, преподавание психиатрии, Виленский университет, Виленская медико-хирургическая академия.

Abstract: The article is devoted to the history of the beginning of the teaching of psychiatry in the Russian Empire.

Key-words: History of medicine, teaching of psychiatry, Vilnius University, Vilnius Medical and Surgical Academy.

В столице Российской империи психиатрию начали преподавать в 1842 году, после издания царским правительством приказа о переводе из упраздненной Виленской медико-хирургической академии профессора О.И. Мянковского «для отдельного преподавания психиатрии и независимо от сего для руководства и клинического постановления студентов во втором военно-сухопутном госпитале в практической терапии» [1].

Таким вот образом научная психиатрия переместилась из Вильно в Санкт-Петербург. В Вильно научная психиатрия появилась еще до присоединения города, как и всего Великого княжества Литовского (ВКЛ), к Российской империи.

В ВКЛ появились условия для развития научной медицинской мысли, в том числе и в области психического здоровья, со второй половины XVIII века. Это время создания первых высших медицинских школ. В 1775 году открывается Гродненская медицинская академия, которая в 1781 году переведена в Вильно и стала основой для создания медицинского факультета Главной школы ВКЛ (1773-1803), Виленского университета (1803-1832) и Виленской медико-хирургической

академии (1832-1842). Вместе со становлением медицинской школы появилась и научная психиатрия [2, 3].

В 1781 году на медицинском факультете Главной школы ВКЛ преподавать сведения о психических болезнях начал итальянец, доктор медицины и философии, профессор Стефано Лоренцо Бизио. Еще раньше, в 1772 году, он параллельно на латинском и польском языках опубликовал свое исследование «Ответ другу философу о меланхолии, мании и колтуне» (рисунок 1), где описывал вынесенные в название психические заболевания, обсуждал их лечение и высказывал свое мнение о распространившемся в ВКЛ колтуне [4, 5, 6].

После ухода в 1787 году с медицинского факультета Стефано Лоренцо Бизио преподавание сведений о психических болезнях продолжил австрийский профессор Иоанн Андрей Лобенвейн. Он увеличил количество часов, посвященных преподаванию психических заболеваний. Систематическое преподавание психиатрии в рамках курса терапии в 1800/1801 учебном году начал профессор ирландского происхождения Ян О'Коннор. После смерти Я. О'Коннора его кафедру занял саксонец Ф. Шпицнагель, а после него австриец – Иоганн Петер Франк. В оставленных ими программах курса лекций исследователи не нашли подробных сведений о том, что и как они читали, поэтому в настоящее время невозможно достоверно установить, знакомили ли они студентов с психическими заболеваниями или нет [3].

Значительно большее влияние на состояние психиатрической науки оказал профессор Вильнюсского университета Йозеф Франк, который в 1805 году, после отъезда из Вильно своего отца Иоганна Петера Франка, занял место профессора кафедры терапии. Будучи выдающимся ученым и талантливым педагогом, профессор Й. Франк, кроме преподавания общих медицинских предметов и психопатологии, опубликовал капитальный трехтомный труд «Praxeos medicae universae praecepta» («Правила практической медицины»). В первом издании работы (1818 год) расстройствам психики посвящен раздел более чем на трехстах страницах. Второе издание (1832 год) содержит раздел о психических болезнях, написанный на четырехстах страницах. Указанный раздел «Правил практической медицины» Й. Франка исследователи считают первым учебником по психиатрии, написанным в Российской империи [2].

Йозеф Франк заботился не только о развитии науки и преподавании в университете, но и о подготовке достойных приемников из местных уроженцев. Самыми талантливыми местными уроженцами, которые впоследствии читали курс психиатрии, были: профессор

Викентий Данилович Герберский (родом из Слонима) и уроженец Могилева – Феликс Антонович Рымкевич [5].

И если В.Д. Герберский даже несколько сузил курс психиатрии, то Ф.А. Рымкевич вывел преподавание психиатрии на качественно новый уровень и значительно расширил преподавание курса о расстройствах психики. Уроженец Могилева способствовал значительному развитию учения о психических болезнях в то время, когда в остальной Российской империи психиатрию не преподавали вовсе. Ни И. О'Конор, ни Й. Франк, а тем более ни В.Д. Герберский не рассказывали студентам о психических заболеваниях так подробно, как профессор Ф.А. Рымкевич [2, 3].

С 1826 года он начал читать курс специальной патологии и терапии в Вильнюсском университете, в рамках которого начал излагать учение о психических болезнях для студентов четвертого курса. В 1826/1827 учебном году Ф.А. Рымкевич значительно расширил преподаваемый в университете курс психиатрии. В 1828/1829 учебном году курс о психических расстройствах был еще дополнительно расширен. Начиная с 1829 года, профессор читал курс психиатрии, который, по анализу оставшихся конспектов (рисунок 1), был довольно большим и сохранился практически в неизменном виде вплоть до самого закрытия Виленской медико-хирургической академии в 1842 году [2, 3, 5].

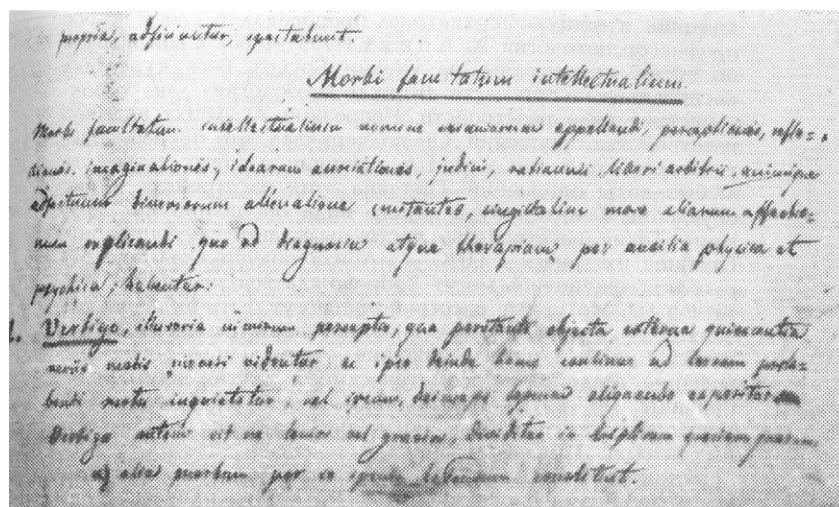


Рис. 1. Фотокопия страницы конспекта профессора Ф.А. Рымкевича в котором описаны заболевания психики

ЛИТЕРАТУРА

1. Костейко Л.А. Развитие психиатрии в Белоруссии (Конец XVIII в. – 1960 г.) // Дис. ... канд. мед. наук. Минск. 1970.
2. Шуркус И.И. Развитие психиатрии в Литве // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Каунас. 1960.
3. Шуркус И.И. История психиатрической науки в Литве // Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Каунас. 1969.
4. Дукорский В.В., Дукорская О.Л. Первый психиатр Великого княжества Литовского // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2016. № 4. С. 579–586.
5. Дукорский В.В., Дукорская О.Л. Первый белорусский психиатр // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2017. №2. С. 273–282.
6. Ramonaitė M. The Career of the Doctor of Medicine and Philosophy Stefano Lorenzo Bisio in the Grand Duchy of Lithuania // Lithuanian historical studie. 2017. № 21. P. 31–59.

ИРЛАНДИЯ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДОВ ВЕЛИКОБРИТАНИИ В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ XIX ВЕКА

Склярова Е.К.

Ростовский государственный медицинский университет

IRELAND IN THE SYSTEM OF THE HEALTH OF TOWNS OF GREAT BRITAIN IN THE FIRST HALF OF XIX CENTURY

Sklyarova E.K.

Rostov State Medical University

Аннотация: В статье анализируются проблемы здравоохранения городов Ирландии в первой половине XIX в. Исследование позволяет расширить современные представления об основных направлениях становления социальной политики Соединённого Королевства Великобритании и Ирландии. Создание новой системы здравоохранения и управления городов, рост социальных расходов обусловили становление социальной политики Ирландии.

Abstract: The author examines the problems of the health of towns in Ireland during the first half of the XIX century. The research expands modern conceptions about the main orientations of the rise of social policy of the United Kingdom of Great Britain and Ireland. The making of the new state systems of the health and governance of towns, and the growth of social costs became the foundation of social policy in Ireland.

Ключевые слова: здравоохранение городов, социальная политика, Ирландия, Великобритания.

Key-words: Health of towns, social policy, Ireland, Great Britain.

Здравоохранение городов Ирландии является неизученной проблемой в отечественной историографии. Являясь междисциплинарной областью научных исследований, составной частью истории медицины, урбанистики новой истории Британии, проблема не исследована с учётом особенностей этого процесса в первой половине XIX в. Исторический вклад врачей Ирландии в здравоохранение городов также не достаточно не исследован в России, и до сих пор не вошёл в учебники по истории медицины (Склярова 2014).

Законодательные «акты 1800 г. об унии с Ирландией, принятые в эпоху короля Георга III, регламентировали создание Соединённого Королевства Великобритании и Ирландии, обозначив новый этап в истории государства» (Камалова 2016: 32). Официальная перепись населения 1801 г., проведённая впервые в Великобритании, «обнаружила, что большинство граждан проживает в Англии - 8,3 млн. человек. Второе место заняла Ирландия – 5,2 млн., затем шла Шотландия – 1,6 млн.» (Склярова 2010: 20).

В 1801 – 1851 гг. количество населения Соединённого Королевства почти удвоилось, «в том числе за счёт вхождения аграрной Ирландии, которая считалась бедной страной, вызывающей особое внимание парламента» (Макарова 2017: 97). К 1820 гг. строительство парома между Корком, Дублином и Ливерпулем способствовало миграции ирландцев в Ливерпуль. Это вызвало негативное отношение жителей Англии к новым мигрантам, особенно в связи с ростом эпидемий. «Ирландские кварталы после унии 1800 г. с Ирландией разрастались в городах Англии, Уэльса и Шотландии» (Sklyarova 2016: 14). В первой половине XIX в. в эпоху урбанизации они считались трущобами «пользующимися дурной славой» в Уэльсе – (в Кардифе, Мертире, Свенси), где до 1830-х гг. не проводились санитарные реформы (Jenkins 2000).

В начале 1830-х гг. доктор Дж. Кей, работающий врачом в ирландском квартале Манчестера, описал антисанитарное положение ирландских кварталов города, где ирландцы составляли значительную

часть населения (Kay 1832). К 1841 г. около 17,6 % жителей Лондона, 11,9% Ливерпуля, 10,7 % Глазго, 8,3 % Манчестера были ирландцами. Они мигрировали также в Бристоль, Данди, Эдинбург, Халл, Ньюкасл, Кардифф (Whyte 2004). Медико-социальные последствия миграции ирландцев стали государственной проблемой и темой соответствующих медицинских отчётов.

Болезни были характерны для грязных частей бедных и рабочих кварталов мигрантов. Невиданная жестокость тифа в Ирландии и Шотландии стала бедствием в 1817, 1826, 1837 гг. Больные и здоровые в беднейших кварталах спали в одной постели. Сыпной тиф стал бедствием в 1817, 1826, 1837 гг. Вши распространялись в переполненных антисанитарных кварталах городов, больные и здоровые спали в одной постели. За голодом в Ирландии 1847 – 1848 гг. последовал сыпной тиф. Рабочие переехали в Ливерпуль и Глазго, и, по мнению Б. Хейли, «ирландская лихорадка» 1847 г. вместе с ними распространилась на Англию, Уэльс и Шотландию (Haley 1978). Но необходимо отметить, что термин «ирландская лихорадка», характеризующая распространение тифа, использовался некорректно. «Взаимосвязь эпидемий и социальных условий городов не однозначно исследована до сих пор, особенно, в отношении тифа и миграции ирландцев, которая совпадала с распространением эпидемий. После унии 1800 г. с Ирландией это привело к стереотипному восприятию причин эпидемии» (Макарова 2014: 69). Кроме того, причина тифа стереотипно ассоциировалась с голодом (Hardy 1988).

Даже семья королевы Виктории, наряду с простым народом, также страдала от некачественного водоснабжения, эпидемий, антисанитарии, загрязнения рек и воздуха промышленными отходами. Когда будущей королеве Виктории было лишь 16 лет, она заболела тифом, но выздоровела. Но, несмотря на королевские условия жизни, принц Альберт умер в возрасте 42-х лет от тифа. Однако голод не мог быть причиной болезни королевы Виктории или смерти принца Альберта. Тиф имел инфекционную, а не национальную природу, распространяясь в Ирландии и Англии при наличии вшей в условиях антисанитарии, нищеты и перенаселённости. Социальные условия городов влияли на масштабы эпидемий, жизнь королевской семьи, богатой и бедной части общества. По мнению Г. Дайоса, тиф – индикатор «грязи и нищеты» (Duos 1982). В XX в. Институт микробиологии имени Луи Пастера научно доказал инфекционное распространение тифа через вошь, кровь и царапины.

В марте 1832 г. холера появилась в Белфасте и Дублине. Паника охватила города Англии, Шотландии, Ирландии (Fenning 2003).

Трущобы и национальные кварталы промышленных городов стали центрами массовых эпидемий. С начала XIX в. рост населения городов, развитие фабричной системы обусловили тенденцию увеличения эпидемий и смертности. Дублин, как Глазго и Лондон фигурировал в отчётах о здравоохранении городов, как центр антисанитарных проблем. Уже в первые годы после унии в парламенте Британии был поднят вопрос о бездействии властей Дублина в вопросах местного управления и здравоохранения городов Ирландии. Отмечалось, что в Дублине – столице этой части королевства, в отличие от Лондона, на улицах царил антисанитария, грязь и темнота (Hansard's 1805). Ставился вопрос о предотвращении эпидемий, загрязнении рек и воздуха, перенаселённости, преступности и пьянства. Впервые указывалось на необходимость введения санитарных норм и инспекции. Общественные деятели констатировали взаимосвязь между ростом городов и смертностью населения. Все эти факторы подчеркнули необходимость научного и законодательного подхода к проблеме здравоохранения городов.

Королевская комиссия здравоохранения больших городов и густонаселённых районов, назначенная парламентом в 1843 г., работала до 1845 г. Э. Чедвик, став одним из привлечённых специалистов, организовал обработку медицинских отчётов, сформулировал перечень необходимых реформ. В состав комиссии вошли доктор Н. Арнотт, химик Л. Плейфейр, молодой инженер Р. Стефенсон. «В отчётах предлагалось классифицировать крупные города королевства по степени необходимости санитарных мер, доказывалось, что распушенность управления в комиссиях и магистратах главных городов достигла крайних пределов. Повальные болезни не выводились в грязных кварталах больших городов. Средние и высшие классы, занимая особые части города, не заботились об очищении кварталов малоимущего населения и эмигрантов» (Склярова 2015). Комиссия, указав на высокий уровень смертности и причины антисанитарии, отметила необходимость вентиляции, средств удаления нечистот в Дублине и законодательных мер. Отчёт доказал необходимость совершенствования сточных труб, водопроводов, мощения и уборки улиц. Для этого необходимо назначение местных советов здравоохранения и инспекторов (The Builder 1844).

В первой половине XIX в. парламент утвердил законодательные акты Соединённого Королевства, касающиеся здравоохранения городов. «В период наполеоновских войн правительство Соединённого Королевства приняло ряд мер по сооружению больниц, психиатрических лечебниц, госпиталей, решению проблем пауперизма, благоустройству городов. Парламент Великобритании утвердил новые государственные законы, касающиеся сооружения и финансирования

работы госпиталей в Гринвиче, Дублине, новой больницы для больных лихорадкой в Ирландии» (Гутиева 2015). Значительный пакет законов был принят для предотвращения эпидемий в Ирландии (Dublin 1820).

Билль о здравоохранении городов Англии и Уэльса вызвал дискуссии в британском парламенте. Лорд Норманби поставил вопрос перед палатой лордов о необходимости расширить географически новую законодательную меру о здравоохранении городов и на Ирландию. Отвечая на запрос лорда Норманби, герцог Бакклейч заверил депутатов, что в ближайшее время проект будет представлен в обе палаты парламента, приветствуя распространение законодательных мер и на Ирландию (The Builder 1845). Но, несмотря на то, что Ирландия с 1800 г. стала частью королевства, предполагалось, что она не будет включена в сферу действия нового закона о здравоохранении городов. В связи с этим депутат Рейнолдс высказал общественное неодобрение, почему Ирландия исключена из закона об общественном здравоохранении 1848 г. (Hansard's 1848).

Становлению системы здравоохранения Ирландии способствовали реформаторы и врачи. «Помощником Генерального регистратора Ирландии в 1841 г. был назначен хирург-офтальмолог Уильям Уайльд (отец знаменитого писателя О. Уайльда). Он был лично знаком с врачом королевы Виктории Дж. Кларком, патологоанатомом К. Рокитанским, являлся членом «Статистического общества Ирландии». В 1845 г. он стал редактором «Dublin Journal of Medical Science». Работая в больнице Дублина при проведении переписи Ирландии, он отвечал за статистику смертности» (Абрамова 2017: 23). Его вошло в знаменитый «Словарь национальной биографии» Британии, на страницах которого «имена выдающихся основателей системы здравоохранения Великобритании и Ирландии (Э. Чедвика, Дж. Симона, Дж. Бентама и У. Уайльда» (Камалова 2017: 47).

Итогом реформ первой половины XIX в. явилось то, что в 1844 г. при открытии сессии парламента королева Виктория провозгласила, что «социальная политика является важнейшим вопросом для благосостояния всех классов» и городов Соединённого Королевства. Подчёркивалось, что в дальнейшем меры по улучшению здравоохранения городов, а также «социальных условий Ирландии будут продолжены» (Hansard's 1844). В середине XIX в. парламента финансировал работу дома сирот и неизлечимых в Дублине, открытие государственных больниц и здравоохранение городов Ирландии, что было новшеством для страны (Hansard's 1851). Социальные реформы стали общественной необходимостью в период «окончания Крымской войны, а также передела и национализации частной собствен-

ности, имеющей общественное значение в городах Великобритании и Ирландии» (Sklyarova 2017: 27).

Таким образом, в первой половине XIX в. здравоохранение городов обусловило становление социальной политики Ирландии. После её вхождения в состав Соединённого Королевства вопрос о здравоохранении этой части королевства и его населения ставился на уровне парламента Великобритании. Однако новые законы о здравоохранении городов Ирландии принимались позже введения подобных в Англии и Уэльсе. Значительную роль в разработке и принятии законов о здравоохранении городов сыграли врачи Дж. Кей и У. Уайльд. Новые законы о сооружении государственных больниц, предотвращении эпидемий были приняты в Ирландии, начиная с 1820-х гг. Тиф, предвзятно называемый «ирландской лихорадкой», имел не национальную, а инфекционную и социальную природу. Исследования врачей указали на города Ирландии, где было необходимо первоочередное проведение социальных реформ.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Абрамова И.Е., Склярова Е.К., Камалова О.Н. Становление медико-социальных исследований в Великобритании в первой половине XIX века // История медицины в собраниях архивов, библиотек и музеев Материалы IV Межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 75-летию Сталинградской битвы. Волгоград, 2017. С. 23.
2. Гутиева М.А., Склярова Е.К. Сравнительный анализ социальных реформ России и Великобритании в первой половине XIX века // Гуманитарные и социально-экономические науки. 2015. №1. С. 16.
3. Камалова О.Н., Склярова Е.К. Бентамисты и социальные реформы Великобритании в эпоху урбанизации // Экономические, правовые, социально-политические и психологические проблемы развития современного общества материалы III межвузовской научно-практической конференции научно-педагогических работников, аспирантов, практических работников. Ростов н/Д, 2017. С. 32 – 40.
4. Камалова О.Н., Склярова Е.К. Историко-медицинские экспонаты и музеи Великобритании // Медицинский музей и медицинская коммуникация Сборник материалов IV Всероссийской научно-практической конференции «Медицинские музеи России: состояние и перспективы развития». Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова. 2017. С. 47.
5. Макарова В.Н., Склярова Е.К., Чубарян В.Т. Викторианская урбанизация и проблема смертности и здравоохранения в

- Великобритании // Гуманитарные и социально-экономические науки. 2014. № 2. С. 69.
6. Макарова В.Н., Склярова Е.К., Жбанникова М.И. Викторианская урбанизация и здоровье нации // Комплексная безопасность государства и общества материалы международной научно-практической конференции. Филиал ЧОУВО «Московский университет им. С.Ю. Витте» в г. Ростове-на-Дону. 2017. С. 97 – 103.
 7. Склярова Е.К., Жаров Л.В. История медицины. Ростов н/Д, 2014. – 346 с.
 8. Склярова Е.К. Здравоохранение городов Великобритании и Ирландии в первой половине XIX века // Гуманитарные и социальные науки. 2015. № 3. С. 2 – 10.
 9. Склярова Е.К., Котова Т.А. Эдвин Чедвик – создатель системы общественного здравоохранения. Подарок России или Великобритании? Ростов н/Д, ИПО ПИ ЮФУ, 2010. С. 20.
 10. Dyos H. Some Historical Reflections on the Quality of Urban Life // In: Exploring the Urban Past. Essays in Urban History by H.J. Dyos / Ed. by D. Cannadine, D. Reeder. Cambridge, 1982. P.72.
 11. Dublin Foundling Hospital Act, 1820 // 1 Geo. 4. c.29; Fever Hospitals (Ireland) Act, 1822 // 3 Geo. IV. c.21; Contagious Diseases (Ireland) Act, 1819 // 59 Geo. 3. c. 41.
 12. Fenning H. The Cholera Epidemic in Ireland, 1832-3: Priests, Ministers, Doctors // Archivium Hibernicum. 2003. №57. P. 77 – 125.
 13. Haley B. The Healthy Body and Victorian Culture. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1978. – 296 p.
 14. Hansard's Parliamentary Debates. 1-st Series. 1805. Vol. V. c.112 – 116; 1806. Vol VI. c. 484 – 485, 504, 536.
 15. Hansard's Parliamentary Debates. 3-rd Series. 1844. Vol. LXXII. c.1 – 5.
 16. Hansard's Parliamentary Debates. 3-rd Series. 1848. Vol. XCVI. c. 420.
 17. Hansard's Parliamentary Debates 3-rd Series. 1851. Vol. 118. c. 987 – 1031; 1852. Vol. CXXII. c. 418 – 419; The Towns Improvement (Ireland) Act 1854 // 17 & 18 Vict. c.103.
 18. Hardy A. Urban Famine or Urban Crisis? Typhus in the Victorian City // Medical History. 1988. № 32. P. 401 – 425; McKeon T. The Modern Rise of Population. L.,1976. P. 126 – 141.
 19. Jenkins P. Wales // In: The Cambridge Urban History of Britain / Ed. by D. M. Palliser, P. Clark, M. Daunton. Cambridge, 2000. Vol.2. P.148.
 20. Mr. Chadwick and Surveyors // The Builder. 1843. Vol.1. 3 June. P.207.
 21. Sklyarova E. Crimean War and Establishing of Public Health System

in Great Britain // Научный альманах стран Причерноморья. 2017. № 1 (9). С. 27.

22. Sklyarova E. K. *The Problems of Migration during the Period of Urbanization in Great Britain // Научный альманах стран Причерноморья. 2016. № 1 (5). С. 14.*
23. *The Builder. 1844. Vol.2. Apr. 20. P.187 – 188.*
24. *The Builder. 1845. Vol. 3. Apr. 12. P.173.*
25. Whyte I. *Migration and Settlement // In: A Companion to Nineteenth-Century Britain / Ed. by C. Williams. L: Blackwell, 2004. P. 273 – 287.*

ОТ МЕДИЦИНЫ БОЛЕЗНИ - К МЕДИЦИНЕ ЗДОРОВЬЯ: ТРЕНАЖЕРНЫЕ УСТРОЙСТВА XIX в.

И. К. Черёмушникова

Волгоградский государственный медицинский университет

FROM MEDICINE OF DISEASE - TO MEDICINE OF THE HEALTH: TRAINING DEVICES of the XIX c.

I.K. Cheremushnikova

Volgograd state medical university

Аннотация: Статья посвящена описанию ранних конструкций тренажерных устройств XIX в., что отражает одну из важнейших тенденций медицинской культуры этого периода, а именно – переход от медицины болезни к медицине здоровья.

Ключевые слова: Медицинская культура, медицина здоровья, тренажерные устройства.

Abstract: Article is dedicated to the description of early design of the training devices, that reflects one of the most important tendencies of the medical culture of this period – the transition from medicine of disease to medicine of health.

Key-words: Medical culture, medicine of health, training devices.

На протяжении долгого времени здоровье в культуре трактовалось биологически – как простое отсутствие болезней, функциональных расстройств, недугов. В XIX веке здоровье превращается из ценности биологической в ценность культурную. Здоровье начинают воспринимать как основное условие, при наличии которого возможно

продолжительное наслаждение жизнью и умножающимися жизненными благами (Медведева, Черёмушникова 2013).

Не случайно одной из черт медицинской культуры XIX века становится внимание к индивидуальному здоровью. Подвергаются осуждению нездоровые обычаи и привычки, в моду начинает входить здоровый вид и здоровый образ жизни, осуждается обжорство и тучность. Одежда становится более удобной и естественной, а деформация тела с помощью корсетов, «насилие костюма над телом» стали восприниматься как уродство (Чернышева, Черёмушникова 2017).

Не случайно именно в это время происходят революционные изменения в медицинской практике: рядом с медициной патологии и болезни, начинает формироваться медицина здоровья. Гениальные догадки о необходимости формирования профилактического направления в медицине высказывались в разные исторические эпохи, начиная с античности, но реализовать эту идею на практике стало возможно только в XIX веке. (Медведева 2014). В среде средней и мелкой буржуазии формируется новый тип человека, соединяющий в себе здоровье, активность и естественность. Само понятие красоты становится неотделимым от здоровья. Параллельно с этим более разнообразным становится досуг: появляются занятия спортом, популяризируется грудное вскармливание без помощи кормилиц, приветствуется закаливание, здоровые привычки ухода за телом прививаются детям с раннего детства, появляется мода на курорты и путешествия.

Моду на посещение европейских морских и бальнеологических курортов вводит аристократия еще в предыдущем XVIII веке. Вначале лечение на курортах было спонтанным, не имело научного подхода, показаний и противопоказаний, что зачастую приводило к печальным результатам (Бертенсон 1915). Врачи, работавшие на европейских и российских курортах в условиях жесточайшей конкуренции, они часто шли путем «проб и ошибок», жертвуя здоровьем доверчивых и увлеченных модой пациентов. И все же они внесли свой вклад в развитие физиотерапевтических методов лечения: оздоровительных минеральных ванн, питья минеральной воды, диет. Они же, стремясь как можно больше разнообразить инфраструктуру и развлечения на курортах, создали первые спортивные тренажеры для «сидячей ходьбы», «сухого плавания», «искусственной верховой езды».

В рижском Музее истории медицины им. П. Страдина представлены интереснейшие экспонаты – тренажеры XIX века, разработанные шведским врачом Густавом Зандером и предназначенные для борьбы с последствиями травм костей и связок. Очевидно, что среди множества аппаратов для восстановления после травм представлены и такие,

которые рассчитаны на здоровых людей, стремящихся поддержать свою физическую форму. Так что музейная коллекция и иллюстрации, демонстрирующие использование тренажеров, отражают тенденцию формирования интереса к здоровому образу жизни. Любопытно, что немногочисленные сведения о модных тенденциях в оздоровительной медицине XIX века можно найти не только в музейных архивах и специальной медицинской литературе, но и в литературных, беллетристических, мемуарных источниках (Черёмушников 2014). Действия в романах XIX века то и дело происходят на курортах, а врачи и пациенты становятся главными действующими лицами. Стремление авторов к достоверности помогают восстановить историко-культурный контекст, наполнить его конкретным содержанием, восполнить пробелы. Очень подробные и, по-видимому, технически точные описания тренажерных устройств можно обнаружить в романе Мопассана «Монт-Ориоль».

Врачи французского курорта «Монт-Ориоль» считали, что физические упражнения в сочетании с теплыми минеральными ваннами самым действенным образом помогают восстановить здоровье²³, необходимо было изобрести способ заставить больного заниматься физическими упражнениями. Но как? Ведь ходьба, верховая езда, плавание или гребля требуют, помимо значительного физического, еще и волевого усилия, а этим качеством большинство богатых клиентов-пациентов не обладало. Поэтому врачи стали искать способ, позволяющий волевые усилия...заменить чисто механическим внешним воздействием.

Все четыре вида упражнений, каждое из которых развивает особую группу органов и оказывает специфическое воздействие на человеческое тело, были воспроизведены искусственным способом. Самому больному ничего не надо было делать – он мог целый час «бегать» или «ездить верхом», «плавать» или «грести», и воля его не принимала ни малейшего участия в этой чисто мышечной работе. Так появились первые тренажеры для сидячей и стоячей ходьбы. *Стоячая ходьба производится при помощи педалей: больной встает на них, педали приводят его ноги в движение, и он удерживает равновесие, держась за кольца, вделанные в стену. Тренажер для сидячей ходьбы представлял собой кресло-качалку, у которого были две деревянные суставчатые подставки, прикрепленные к этому креслу. Ляжки, икры и щиколотки стягивались ремнями так, что пациент не мог сделать ни одного произвольного движения; затем слугитель хватал за рукоятку и вертел ее изо всей силы. Кресло сначала качалось, как гамак, а ноги приходили в движение, они вытягивались, сгибались, поднимались, опускались с необыкновенной быстротой. Толстяков с*

²³ Здесь и далее оригинальный текст романа «Монт-Ориоль» дан курсивом и без кавычек, чтобы облегчить чтение

лишним весом взгромождали на деревянных коней, и «лошади» встряхивали своих всадников самым безжалостным образом. Они до того мучили пациентов, что те, задыхаясь, жалобно кричали.

Еще один тренажер имитировал «сухое плавание». Он представлял собой сложную систему подвижных дощечек, скрепленных винтами в середине и по краям, вытягивавшихся ромбами, ...и позволяла привязать и распластать на них одновременно трех «пловцов». Особым достоинством «сухого» плавания считалось то, что при воображаемом купании пациентам не грозила опасность ревматических заболеваний.

Мы привыкли считать, что мода и медицина явления несовместимые. Однако Э. Тиббитс писал, что «ни в одном из отделов науки мода не играет такой роли как, в медицине». При этом, медицинская мода всегда опирается «на метод или теорию, которые...приобретает неимоверно раздутую репутацию» (Тиббитс 1885). Так конкуренция и мода в области медицины двигала оздоровительные практики вперед.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бертенсон Л. Б. *Могут ли излюбленные русскими больными иностранные лечебные места быть заменены отечественными? // Биржевые Ведомости. 1915 г. 28 и 30 марта.*
2. Медведева Л. М. *Болезнь в культуре и культура болезни. – Волгоград: Изд-во ВолгМУ, 2014. С.4*
3. Медведева Л.М., Черёмушников И. К. *Болезнь: анализ культурного феномена в гуманитарном контексте//Философия социальных коммуникаций. 2013. № 3(24).С. 110-118.*
4. Тиббитс Э.Т. *О моде в медицине XIX века. СПб.: Издание А.Е. Рябченко, 1885. 109 с.*
5. Чернышева И.В., Черёмушников И.К., Петрова И.А. *Исторические источники XIX века о женской моде и здоровье//Известия Волгоградского государственного педагогического университета. 2017. № 6 (119). С. 152-156.*
6. Черёмушников И. К. *Художественные тексты как источники изучения культурных феноменов//Вестник Воронежского университета. Серия: Философия. 2014. № 1 (11). С. 37-45.*

СОДЕРЖАНИЕ

МЕДИЦИНА ДРЕВНОСТИ, СРЕДНЕВЕКОВЬЯ И ЭПОХИ ПРОСВЕЩЕНИЯ

- ФРАНЦУЗСКИЙ ХИРУРГ ПЬЕР ФОШАР - ОСНОВОПОЛОЖНИК СТОМАТОЛОГИИ. **К.А. Пашков, д.м.н., профессор**
Кафедра истории медицины МГМСУ им. А.И. Евдокимова4
- СУЩЕСТВОВАЛА ЛИ ЕДИНАЯ АЛЕКСАНДРИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ШКОЛА В III ВЕКЕ ДО РОЖДЕСТВА ХРИСТОВА? **Д.А. Балалыкин**
Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва6
- СРЕДНЕВЕКОВОЕ РУКОВОДСТВО ПО ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ. **Холмогорова Г.Т**
Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины Министерства здравоохранения Российской Федерации..... 65
- РАБОТА ХИРУРГА XVI ВЕКА И АНАТОМИРОВАНИЕ ЧЕЛОВЕКА В ИЛЛЮСТРИРОВАННЫХ ИНИЦИАЛАХ «DE HUMANI CORPORIS FABRICA» А. ВЕЗАЛИЯ. **Ланска Д.**
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова (Сеченовский Университет), Университет штата Висконсин, Висконсин, США77

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ РЕГИОНОВ РОССИИ

- СТАНОВЛЕНИЕ ГОРОДСКОЙ МЕДИЦИНЫ В ИВАНОВО-ВОЗНЕСЕНСКЕ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ XIX ВЕКА. **А.О. Бунин**
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ивановская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации.....80
- ДОСТУПНОСТЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ДАЛЬНЕМ ВОСТОКЕ РОССИИ: ЛОЗУНГИ И ПРАКТИКА (1960-1980). **В.В. Гончар**
Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения, г. Хабаровск 85

- ИЗУЧЕНИЕ ИСТОРИИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ СЛУЖБ В ПЕРМСКОЙ ГУБЕРНИИ. **М.Н. Гурьянова, П.С. Гурьянов**
Пермская государственная фармацевтическая академия..... 90
- РАЗВИТИЕ ЭКСКУРСИОННОЙ РАБОТЫ В МУЗЕЕ ПЕРМСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ АКАДЕМИИ **М.Н. Гурьянова, Е.С. Ворожцова**
Пермская государственная фармацевтическая академия..... 94
- ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИЙ В ЗЕМСКОЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ КОНЦА XIX – НАЧАЛА XX ВЕКОВ (на материалах Саратовской губернии). **О.С. Киценко**
Волгоградский государственный медицинский университет..... 98
- КАДРОВОЕ И МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ «ПРИКАЗНОЙ МЕДИЦИНЫ» (ПО МАТЕРИАЛАМ ЯРОСЛАВСКОЙ ГУБЕРНИИ). **Е.М. Смирнова**
Ярославский государственный медицинский университет..... 102
- К ВОПРОСУ ОБ ОТКРЫТИИ ПЕРВЫХ КАФЕДР В СТАВРОПОЛЬСКОМ (ВОРОШИЛОВСКОМ) МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ. **Р.С. Спевак**
Ставропольский государственный медицинский университет ... 113

ВЫДАЮЩИЕСЯ ДЕЯТЕЛИ МЕДИЦИНЫ XIX – XX вв

- КИЕВСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ШКОЛА АКАДЕМИКА Ф.Г. ЯНОВСКОГО. **В.И.Бородулин, К.К.Васильев**
Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко, Россия. Одесский национальный медицинский университет, Украина118
- ИЗ ИСТОРИИ ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ МОСКОВСКОГО УНИВЕРСИТЕТА: ПРОФЕССОР ЛЕОНИД ЕФИМОВИЧ ГОЛУБИНИН (1858 – 1912). **К.А. Пашков, П.В. Шадрин**
Кафедра истории медицины МГМСУ имени А.И. Евдокимова ... 144
- АНАТОЛИЙ МИХАЙЛОВИЧ ОРОБЕЙ – ВРАЧ И ОРГАНИЗАТОР **Ю.И. Бравве, И.О. Байкалов, А.Б. Масленников**
ГБУЗ НСО «Городская клиническая больница № 1»..... 151
- АРНИС ВИКСНА / ARNIS VĪKSNA (1942-2018). **К.К. Васильев**
Одесский национальный медицинский университет, Украина...155

- ИЛЬЯ АЛЕКСЕЕВИЧ ГОЛЯНИЦКИЙ (1888-1939).
С. А. Журнаджан, Т. А. Левина
Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань, Россия157
- МАЛОИЗВЕСТНАЯ СТРАНИЦА ИЗ ЖИЗНИ, ВРАЧА - ХИРУРГА, ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ, ПРОФЕССОРА В.А. КРАСИНЦЕВА
Илюхин А. А.
Калужская областная клиническая больница. Музей медицины. .. 163
- ПРОФЕССОР И.М. СОБОЛЬ: У ИСТОКОВ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ НА СТАВРОПОЛЬЕ. **А.В. Карташев, И.В. Карташев**
Центр изучения истории медицины и общественного здоровья Ставропольского государственного медицинского университета..... 168
- НИКОЛАЙ СТЕПАНОВИЧ ЛОБАС – ВРАЧЕВАТЕЛЬ КАТОРЖАН (К 160-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ).
О.А. Кистенева, А. Д. Котлярова, Белгородский государственный национальный исследовательский университет
В.В. Кистенев, Белгородский государственный институт искусств и культуры 185
- ЗЕМСКИЙ ВРАЧ П.К. ГАЛЛЕР. **Р.Н. Киценко**
Волгоградский государственный медицинский университет....197
- РЕВОЛЮЦИЯ И НЕВРОЛОГИЯ: ЖИЗНЬ И СУДЬБА ПРОФЕССОРА М.С.СКОБЛО. **Б.Л. Лихтерман**
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), М.Н. Козовенко, Государственная Дума Российской Федерации..... 200
- М.И. ПОЛЕТИКА – ПИОНЕР РОССИЙСКОЙ МЕДИЦИНЫ В МАНЬЧЖУРИИ. **П.Э. Ратманов**
Дальневосточный государственный медицинский университет..204
- НИКОЛАЙ ИВАНОВИЧ ГОРИЗОНТОВ. БИОГРАФИЧЕСКИЙ ОЧЕРК. **А.В. Шаклеин, Е.В. Быстрова, А.Н. Дробинская**
ГБУЗ НСО «Городская клиническая больница № 1»..... 210

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ И НАУЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

- ВКЛАД ДИРЕКТОРОВ-НОВАТОРОВ В СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ИНСТИТУТА МЕДИЦИНЫ ТРУДА (ОТ ИНСТИТУТА ИМ. В.А. ОБУХА ДО НИИ МЕДИЦИНЫ ТРУДА ИМЕНИ АКАДЕМИКА Н.Ф. ИЗМЕРОВА)
И.В. Бухтияров, Е.Е. Шуган, В.Н. Сергеев
Научно-исследовательский институт медицины труда имени академика Н.Ф. Измерова 214
- ИЗ ИСТОРИИ БОРЬБЫ С ГЕНЕТИКОЙ В ВЫСШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ШКОЛЕ: К 70-ЛЕТИЮ АВГУСТОВСКОЙ СЕССИИ ВАСХНИЛ. **Н.Т. Ерегина**
Ярославский государственный медицинский университет.....228
- К ИСТОРИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В СТАРО-ЕКАТЕРИНИНСКОЙ БОЛЬНИЦЕ – МОСКОВСКОМ ОБЛАСТНОМ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИМ КЛИНИЧЕСКОМ ИНСТИТУТЕ (МОНИКИ) ИМЕНИ М.Ф. ВЛАДИМИРСКОГО. **Лобанов А.Ю.**
ГБУЗ МО Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского (МОНИКИ) 234
- РЕПРЕССИВНАЯ ПОЛИТИКА СОВЕТСКОГО ГОСУДАРСТВА И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА СМОЛЕНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА. **С. В. Нагорная**
Смоленский государственный медицинский университет 245
- ФОРМИРОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ КАФЕДРЫ «ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ» В РНИМУ ИМ. Н.И. ПИРОГОВА. **В.С. Полунин, Н.В. Полунина**
Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова.....249
- ПРОФЕССОРА ЮЖНО-УРАЛЬСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА В АКАДЕМИИ НАУК РОССИИ. **Ю.А. Тюков, И.С. Тарасова, Е.Ю. Ванин**
ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» 255

МЕДИЦИНА В ПЕРИОД ВОЕННЫХ КОНФЛИКТОВ

- ВОЕННО-САНИТАРНОЕ ДЕЛО В РУССКОЙ АРМИИ В ПЕРИОД ВОЕННОЙ КАМПАНИИ 1812 ГОДА. **И.Е. Горолевич**
Калужский областной исследовательский и культурно-просветительский центр «ГАРАЛЬ» (г. Калуга, Россия). А.А. Илюхин
Калужская областная клиническая больница. Музей медицины (г. Калуга, Россия)..... 265
- МЕДИЦИНСКИЕ ЭТЮДЫ РУССКО-ЯПОНСКОЙ ВОЙНЫ 1904-1905 гг. **С.Г. Ронжин**
Томский базовый медицинский колледж277
- ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-САНИТАРНОГО ДЕЛА НА КУБАНИ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ. **А.Н. Редько, Д.В. Веселова**
Кафедра общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины КубГМУ Минздрава России.....288
- ПОЛИТИКА ОККУПАЦИОННЫХ ВЛАСТЕЙ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ СЕВЕРНОГО КАВКАЗА **И.В. Карташев**
Ставропольский государственный медицинский университет ... 296

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ И ЭВОЛЮЦИЯ СОЦИАЛЬНЫХ ЦЕННОСТЕЙ

- ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ В МУЗЕЙНЫХ КОЛЛЕКЦИЯХ **К.А. Пашков, Е.Е. Бергер, Г.Г. Слышкин, М.С. Тугорская, Н.В. Чиж**..... 307
- НРАВСТВЕННО-ПРОСВЕТИТЕЛЬСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МОНАСТЫРСКОЙ МЕДИЦИНЫ. **К. В. Зорин**
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России, Кафедра ЮНЕСКО «Здоровый образ жизни — залог успешного развития»312
- САМОЛЕЧЕНИЕ ВЧЕРА И СЕГОДНЯ. **М.Н. Короткова**
Пермский государственный медицинский университет им. Е.А. Вагнера320

- СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ ПРОФЕССОРА МЕДИЦИНЫ (1917–1920-е). **С.В. Маркова**
Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко 327

ВОПРОСЫ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ ЗАРУБЕЖЬЯ

- УКРАИНСКИЙ ИСТОРИКО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ «АГАПИТ» (1994-2004). **К.К. Васильев**
Одесский национальный медицинский университет, Украина..... 337
- АМЕРИКАНСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АССОЦИАЦИЯ: СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ В НАГРУДНЫХ ЗНАКАХ (К 170-ЛЕТИЮ СОЗДАНИЯ). **Р.А. Толмачев, С.П. Глянцев**
ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава России
ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России..... 349
- ВКЛАД МЕДИКОВ ИМПЕРАТОРСКОГО ПРАВОСЛАВНОГО ПАЛЕСТИНСКОГО ОБЩЕСТВА В УКРЕПЛЕНИЕ ГУМАНИТАРНЫХ СВЯЗЕЙ РОССИИ И БЛИЖНЕГО ВОСТОКА. **Л.Е. Горелова**
ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко», Москва
В.Н. Шелкова
ГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 9 имени Г.Н. Сперанского Департамента Здравоохранения Москвы», Москва364
- НАЧАЛО ПРЕПОДАВАНИЯ ПСИХИАТРИИ В РОССИЙСКОЙ ИМПЕРИИ. **В.В. Дукорский**
Управление Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь по Могилевской области, Могилев, Беларусь 372
- ИРЛАНДИЯ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДОВ ВЕЛИКОБРИТАНИИ В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ XIX ВЕКА. **Склярлова Е.К.**
Ростовский государственный медицинский университет 375
- ОТ МЕДИЦИНЫ БОЛЕЗНИ - К МЕДИЦИНЕ ЗДОРОВЬЯ: ТРЕНАЖЕРНЫЕ УСТРОЙСТВА XIX в. **И. К. Черёмушников**
Волгоградский государственный медицинский университет382

СПИСОК АВТОРОВ

Байкалов Игорь Олегович – главный врач ГБУЗ НСО «Государственная новосибирский областной диагностический центр»

Балалыкин Дмитрий Алексеевич – доктор исторических наук, доктор медицинских наук, главный научный сотрудник ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А.Семашко»

Бергер Елена Евгеньевна – кандидат исторических наук, старший научный сотрудник Института всеобщей истории РАН, сотрудник Центра развития историко-медицинских музеев России

Бравее Юрий Иосифович – доктор медицинских наук, профессор, главный врач ГБУЗ НСО «ГКБ №1»

Бородулин Владимир Иосифович – доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А.Семашко»

Бунин Алексей Олегович - доктор исторических наук, профессор, заведующий кафедрой гуманитарных наук ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России (Иваново, Россия).

Бухтияров Игорь Валентинович - доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, директор ФГБНУ «Научно-исследовательский институт медицины труда имени академика Н.Ф. Измерова» (Москва, Россия).

Ванин Евгений Юрьевич - кандидат медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России (Челябинск, Россия).

Васильев Константин Константинович – доктор медицинских наук, профессор кафедры социальной медицины Одесского национального медицинского университета

Веселова Дарья Валерьевна - ассистент кафедры общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России (Краснодар, Россия).

Ворожцова Екатерина Сергеевна - специалист музея Пермской государственной фармацевтической академии (Пермь, Россия).

Глянцев Сергей Павлович – доктор медицинских наук, профессор, зав. отделом истории сердечно-сосудистой хирургии ФГБУ «НЦССХ им. А.Н.Бакулева» Минздрава РФ

Гончар Владимир Владимирович - кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по лечебной работе КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» Министерства здравоохранения Хабаровского края (Хабаровск, Россия).

Горелова Лариса Евгеньевна - доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко» (Москва, Россия).

Горолевич Игорь Евгеньевич – директор Ассоциации «Калужский областной исследовательский и культурно-просветительский центр «ГАРАЛЬ» (Калуга, Россия).

Гурьянова Марина Николаевна - кандидат фармацевтических наук, доцент, директор музея Пермской государственной фармацевтической академии (Пермь, Россия).

Гурьянов Павел Сергеевич - кандидат фармацевтических наук, старший преподаватель кафедры организации, экономики и истории фармации факультета очного обучения ФГБОУ ВО «Пермская государственная фармацевтическая академия» Минздрава России (Пермь, Россия).

Дукорский Владимир Владимирович - кандидат медицинских наук, государственный медицинский судебный эксперт-психиатр управления судебно-психиатрических экспертиз управления Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь по Могилевской области (Беларусь).

Зорин Константин Вячеславович - кандидат медицинских наук, доцент кафедры ЮНЕСКО «Здоровый образ жизни – залог успешного развития» ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России (Москва, Россия).

Ерегина Наталья Тимофеевна - доктор исторических наук, доцент, заведующая кафедрой истории и философии ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России (Ярославль, Россия).

Илюхин Алексей Алексеевич – врач-методист, заведующий музеем медицины Калужской областной клинической больницы (Калуга, Россия).

Карташев Андрей Владимирович - доктор исторических наук, доцент, начальник центра изучения истории медицины и общественного здоровья ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России (Ставрополь, Россия).

Карташев Игорь Владимирович - научный сотрудник центра изучения истории медицины и общественного здоровья ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России (Ставрополь, Россия).

Кистенев Виталий Валентинович - кандидат исторических наук, доцент кафедры общетеоретических и гуманитарных дисциплин ГБОУ ВО «Белгородский государственный институт искусств и культуры» (Белгород, Россия).

Кистенева Ольга Алексеевна - кандидат исторических наук, Белгородский государственный национальный исследовательский университет доцент кафедры факультетской терапии Медицинского института НИУ «БелГУ» (Белгород, Россия).

Кищенко Ольга Сергеевна - кандидат исторических наук, доцент кафедры истории и культурологии ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России (Волгоград, Россия).

Кищенко Роман Николаевич - кандидат философских наук, доцент кафедры истории и культурологии ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России (Волгоград, Россия).

Козовенко Михаил Никонович – доктор медицинских наук, профессор, Государственная Дума Федерального собрания РФ

Короткова Мария Николаевна - кандидат политических наук, доцент ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» Минздрава России (Пермь, Россия).

Ланска Дуглас Джон – профессор Сеченовского университета

Левина Татьяна Александровна – руководитель центра истории Астраханского государственного медицинского университета

Лихтерман Болеслав Леонидович – доктор медицинских наук, профессор кафедры философии и истории медицины Сеченовского университета

Котлярова Анастасия Дмитриевна - аспирант Медицинского института НИУ «БелГУ» ФГБОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет» Минздрава России (Белгород, Россия).

Лобанов Александр Юрьевич - кандидат медицинских наук, заведующий научно-медицинской библиотекой ГБУЗ Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского (МОНКИ) (Москва, Россия).

Маркова Светлана Васильевна - кандидат исторических наук, заведующая музейным комплексом ВГМУ им. Н.Н. Бурденко ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России (Воронеж, Россия).

Масленников Аркадий Борисович – кандидат медицинских наук, член -корр. РАЕН, зав. Областной научно-практической лабораторией ДНК диагностики ГБУЗ НСО «ГКБ №1»

Нагорная Светлана Владимировна – кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры философии, биоэтики, истории медицины и социальных наук Смоленского государственного медицинского университета

Пашков Константин Анатольевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой истории медицины МГМСУ им. А.И.Евдокимова, руководитель Центра историко-медицинских музеев России, председатель РОИМ

Полунин Валерий Сократович - доктор медицинских наук, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения, экономики здравоохранения педиатрического факультета ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России (Москва, Россия).

Полунина Наталья Валентиновна - доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения, экономики здравоохранения педиатрического факультета ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России (Москва, Россия).

Ратманов Павел Эдуардович - доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России (Хабаровск, Россия).

Редько Андрей Николаевич - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины, проректор по научно-исследовательской работе ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России (Краснодар, Россия).

Ронжин Сергей Геннадьевич – ОГБПОУ «Томский базовый медицинский колледж» (Томск, Россия).

Сергеев Всеволод Николаевич - кандидат исторических наук, старший научный сотрудник лаборатории социально-гигиенических исследований ФГБНУ «Научно-исследовательский институт медицины труда имени академика Н.Ф. Измерова» (Москва, Россия).

Склярова Елена Константиновна - кандидат исторических наук, доцент ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России (Ростов-на-Дону).

Смирнова Елена Михайловна - кандидат исторических наук, доцент кафедры истории и философии ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России (Ярославль, Россия).

Слышкин Геннадий Геннадиевич – доктор филологических наук, профессор, зав. кафедрой «Методология права и юридическая коммуникация» Российского университета транспорта (МИИТ)

Спевак Роман Сергеевич - ассистент кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения, медицинской профилактики и информатики с курсом ДПО ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России (Ставрополь, Россия).

Тарасова Инна Сергеевна - кандидат медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России (Челябинск, Россия).

Толмачев Роман Александрович – доктор медицинских наук, врач-консультант ВКНЦ

Туторская Мария Сергеевна – заведующая методическим кабинетом Центра развития историко-медицинских музеев России

Тюков Юрий Аркадьевич - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России (Челябинск, Россия).

Холмогорова Галина Тимофеевна - кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник ФГБОУ ВО «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России (Москва, Россия).

Черёмушников Ирина Кабдрахимовна - доктор философских наук, доцент, профессор кафедры истории и культурологии ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России (Волгоград, Россия).

Чиж Нина Васильевна – заведующая отделом «Российский музей медицины» Национального НИИ общественного здоровья им. Н.А.Семашко

Шадрин Павел Владимирович – сотрудник Музея истории медицины МГМСУ им. А.И.Евдокимова

Шелкова Вера Николаевна - кандидат медицинских наук, врач-педиатр ГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 9 имени Г.Н. Сперанского Департамента Здравоохранения Москвы» (Москва, Россия).

Шиган Евгений Евгеньевич - кандидат медицинских наук, заместитель директора по организационной работе и международному сотрудничеству ФГБНУ «Научно-исследовательский институт медицины труда имени академика Н.Ф. Измерова» (Москва, Россия).

Российское общество историков медицины

OPERA MEDICA HISTORICA
ТРУДЫ ПО ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

Альманах
Выпуск 3

Научное издание

Редакция:

К.А. Пашков – д.м.н., профессор (ответственный редактор),
Д.А. Балалькин – д.м.н., д.и.н., профессор, В.И. Бородулин – д.м.н., профессор,
С.П. Глянецв – д.м.н., профессор, Т.С. Сорокина – д.м.н., профессор,
Е.Е. Бергер – к.и.н., М.С. Турская, Н.В. Чиж

Подготовлено и отпечатано в ООО «ХЕЛЕНПРО»
107140, Москва г, Красносельская Верхн. ул, дом № 2/1,
строение 2, эт. 2, пом II, ком. 2, тел.: +8 (495) 6600757
www.tipograf.info

Подписано в печать 06.11.2018.
Формат 162×230 мм. Печать офсетная. Бумага офсетная.
Тираж 500 экз. Заказ 49497.

ISBN 978-5-6041850-2-5



9 785604 185025