

РОИМ



Российское общество
историков медицины

Год основания 1946

ОПЕРА

MEDICA
HISTORICA



ТРУДЫ

ПО ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

ТРУДЫ ПО ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

ОПЕРА MEDICA HISTORICA



2017

Российское общество историков медицины

**OPERA
MEDICA HISTORICA**

**ТРУДЫ
ПО ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ**

Альманах

Выпуск 2

Москва

2017

УДК 61(091)(082)
ББК 5г.я43
Т78

На обложке Рембрант ван Рейн. Портрет ученого. 1631 г. Холст, масло.

Редакционная коллегия:

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

OPERA MEDICA HISTORICA. ТРУДЫ ПО ИСТОРИИ

МЕДИЦИНЫ: Альманах РОИМ. Выпуск 2/ М.В. Поддубный (отв. ред.). – М.: Печатный дом «Магистраль», 2017. – 664 с. Илл.

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.

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 врачевания, а также врачам всех специальностей, слушателям курсов повышения квалификации и студентам-медикам, кому небезразлична история их настоящей и будущей профессии.

©РОИМ, 2017
©Авторский коллектив, 2017
©Печатный дом «Магистраль», 2017

ISBN 978-5-9500687-3-7

Уважаемые читатели!

Представляя второй 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. Число поступивших в редколлегию материалов по сравнению с прошлым годом увеличилось почти втрое, расширилась и география – немало наших новых авторов представляют регионы Сибири и Дальнего Востока. Все это прямо указывает, что цель проекта – публикация статей по истории медицины и здравоохранения самых разных специалистов – не только достигнута, но она отвечает сегодняшнему этапу развития историко-медицинских исследований в нашей стране.

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

1. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ. МЕТОДОЛОГИЯ ИСТОРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

КАК МЫ ИССЛЕДУЕМ ИСТОРИЮ МЕДИЦИНЫ, ИЛИ О МЕТОДИЧЕСКИХ ТРЕБОВАНИЯХ К ИСТОРИКУ

В.И. Бородулин

Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А.Семашко, Москва

AS WE EXPLORE THE HISTORY OF MEDICINE, OR ABOUT THE METHODOLOGICAL REQUIREMENTS TO THE HISTORIAN

V.I. Borodulin

National Institute of public health named after N.Semashko, Moscow

Аннотация: Автор – ведущий российский историк медицины – делится мыслями о ряде основных понятий нашей науки. В частности рассматриваются понятия «критика источника», «работа в архиве», «биографический жанр», «научная школа», «культурная и социальная история медицины» и др.

Ключевые слова: история медицины, работа с источниками, архивный документ, критика источника, научная школа.

Abstract: The author is a leading historian of medicine shares his thoughts on some of the basic concepts of our science. In particular the concepts of «source criticism», «archive», «biographical genre», «scientific school», «cultural and social history of medicine,» etc.

Key words: history of medicine, working with sources, archival document, source criticism, scientific school.

Уважаемые коллеги, вам представлен не инструктивно-методический материал, а размышления автора, основанные на личном опыте работы. История медицины как сфера научной деятельности является прикладным разделом научного знания по вопросам истории, где исследователь (как правило, врач) работает с медицинским материалом, но методами исторической науки. Материалы эти могут свидетельствовать о прошлом различных медицинских и медико-биологических наук и их разделов либо здравоохранения, народной медицины и специального медицинского образования, медицин-

ских музеев и так далее, об отражении этого прошлого в памятниках письменности, литературы, изобразительного искусства и т.д., и т.п. При таком разнообразии источников очень важно опираться на профессиональное знакомство с медицинским предметом работы и ориентироваться в методических вопросах исторического исследования.

Поскольку медицина – сложная комплексная область знания и практики, прежде всего надо определиться, к какой разновидности истории медицины относится данное исследование – к так называемой общей (например, когда речь идет об истории многопрофильного лечебного или научно-учебного учреждения) или к частной (например, при теме по организации психиатрической или иной лечебной помощи, или по развитию определенного научного направления, или по созданию научной биографии видного деятеля в данной области медицины), либо к социальной истории медицины (например, о роли протомедицины в формировании первых основ врачевания в древних цивилизациях). Это важно потому, что влияет на выбор источников и методику работы с ними, а также на дальнейшее обсуждение полученных результатов; доклад одной и той же работы, в том числе диссертационной, надо строить с учетом состава аудитории: и вопросы, и замечания будут разными в присутствии главным образом клиницистов или преимущественно специалистов в области общественного здоровья.

Понятно, что выбор источников и метода их изучения определяется темой, основной целью и конкретными задачами исследования. Что может и что не может стать темой научного историко-медицинского исследования? Например, регион, учреждение, биография? Нет, нет и еще раз нет, потому что исследователь исследует проблему, и только! Поэтому ни республика, область или город, ни кафедра или больница, ни Иван Иванович Иванов не могут быть темой исследования, но роль кафедры или больницы, или И.И. Иванова в развитии такого-то и такого-то научных направлений, конечно, нормальная тема исследования, в том числе диссертационного. Выбрав тему и сформулировав цель и задачи работы, исследователь решает вопрос, на какие источники он будет опираться в своем исследовании.

О критике источника

Принято считать, что ценность исследования определяется богатством его документальной базы, то есть собранных и изученных архивных источников. Но правильно ли начинать работу с изучения архивных материалов? Поставим вопрос шире: вообще, может ли быть серьезное исследование без архивных материалов? Этот вопрос задают часто, и он требует более подробного рассмотрения. Конечно, в большинстве случаев все именно так и обстоит, однако не во всех случаях. Архивный документ – только один из многих видов исторического источника. Так, при исследовании медицинских проблем эпохи Гиппократов или Галена никто не будет разыскивать

следы той медицины в архивах, мы воспользуемся совсем другими источниками, например, произведениями художественной литературы: поэмы Гомера – отличный источник для знакомства с медициной Ахейской Греции. А при исследовании по проблеме развития больничной помощи в России в 19 в., наряду с данными литературы, конечно, мы используем архивные источники; но при выявлении общественного резонанса на характер и темпы этого процесса, прежде всего, мы обратимся к специальной и общей прессе: не только журналы, но и газеты в определенных случаях – такой же ценный источник информации, как и архив. Значит, все – от найденной при раскопках монеты до архивного документа – может послужить исследователю источником. Ограничений здесь нет, а выбор основного и дополнительных источников целиком зависит от темы, задачи и специфики исследования, проще говоря – от необходимости получить ответ на определенный вопрос. При этом чтобы понять внутренний мир интересующего нас деятеля медицины и условия, при которых произошло какое-то событие или было принято принципиальное решение, сделано научное открытие и т.п., как правило, личные и семейные архивы не менее полезны, чем государственные.

Таким образом, мы идем в архив, чтобы получить ответы на уже сформулированные нами вопросы. А как рождаются вопросы? Они неизбежно возникают в процессе любого исследования, которое должно начинаться с тщательного изучения литературы по данной теме. Как говаривал видный советский терапевт академик Е.М. Тареев, «В наше время Америку «открывает» тот, кто чего-нибудь не дочитал». Критический анализ литературных источников позволяет выявить неясные стороны изучаемой проблемы, «белые пятна», противоречивые факты; естественно возникают вопросы, в том числе такие, которые требуют архивного уточнения. Следовательно, сначала вопросы, а потом архив для получения ответов на них, и начинать надо с похода не в архив, а в библиотеку.

Но вот мы уже в архиве с готовыми вопросами к нему и подобранными для ответов документами. Как мы должны относиться к информации, которая содержится в них? Сказав «архивный документ», мы совсем еще не сказали, что перед нами достоверный исторический источник. Есть сомнительные, есть подложные и просто ошибочные документы. Вот вам иллюстрация из опыта моей работы: основоположник диетологии в СССР профессор М.И. Певзнер в автобиографии, хранящейся в архиве НИИ питания, собственноручно сообщил, что родился в 1873 г. Казалось бы, вопрос закрыт, перед нами – документально подтвержденный факт. Однако, соответственно более надежному свидетельству Вятского еврейского раввина, он родился в г. Вятка 20 июня 1872 г. Каждый исследователь может привести множество подобных случаев по опыту своей работы с архивными документами. Речь идет о важнейшем требовании методики любого исторического исследова-

– о критике источника. Чтобы составить себе представление о достоверности самого источника, надо поискать сведения в соответствующей литературе (так, применительно к древнерусским летописям известно, что есть более достоверные и есть совсем не достоверные летописные своды), а конкретный исторический факт можно считать установленным только после сопоставления различных литературных и архивных данных, дальнейших уточнений и снятия всех противоречий. Работа без критики источников неминуемо ведет к ошибочным «открытиям», засорению соответствующей литературы, способствует мифологизации истории.

В качестве примеров «нафаршированных» непроверенными и ошибочными сведениями изданий можно привести монографию А.Г. Гукасяна «Г.А. Захарьин (1829-1897)» (М., 1948), «Краткий очерк деятельности кафедры госпитальной терапии Военно-медицинской ордена Ленина академии им. С.М. Кирова (к 125-летию кафедры) В.А. Бейера, Н.С. Молчанова и А.С. Мищенко (Л., 1966), статьи А.М. Ногаллера (Клиническая медицина, 1973, № 2) и М.Г. Соловья и Э.Д. Грибанова (Фельдшер и акушерка, 1983, № 2), посвященные М.И. Певзнеру, – таким примерам нет числа.

Самой типичной ошибкой современных исследователей можно считать использование информации, взятой из интернета без применения процедуры критики источника. На вопрос – как же Вы не проверяете интернет-информацию? – часто можно услышать ответ: «Я же пользуюсь энциклопедическими данными». Дополнительные вопросы позволяют установить, что имеется в виду «Википедия»... Поэтому подчеркнем: только классические энциклопедии (например, БСЭ, БМЭ – их издатели имели в своем составе специальные группы проверки фактов) являются относительно надежными (и то далеко не всегда) источниками информации. Интернет необходим для того, чтобы быстро, экономно сориентироваться в незнакомом вопросе, но никакие интернет-сведения нельзя использовать в своей работе без тщательной их проверки.

О работе в архиве

Правильная организация работы исследователя в государственных архивах предусматривает предварительное его ознакомление с интернет-информацией, касающейся данного архива (например, ГАРФ и РГИА имеют электронные описи). В архиве при любых затруднениях надо обращаться за консультацией к дежурным его сотрудникам. Для удобства дальнейшей работы желательно заказывать в архиве ксерокопии перспективных для использования документов. В личных и семейных архивах, помимо документов (трудовая книжка и др.), надо искать, прежде всего, записные книжки, дневники и переписку, в том числе черновики деловых писем, рукописи, альбомы фотографий, книги с дарственными надписями; желательна виза владельца архива на распечатке обобщенной информации о найденных в архиве сведениях и на записях бесед (интервью).

Когда можно считать, что исследование завершено?

Очень часто исследователь, собрав и обработав нужный материал, всесторонне рассмотрев критичным аналитическим взглядом результаты и сформулировав выводы, и даже отправив уже в журналы соответствующие статьи, все же не может избавиться от ощущения некоей неудовлетворенности: остаются еще отдельные вопросы, не получившие внятного ответа, и не виден путь поиска для получения ответов на эти вопросы в обозримое время. «Халтурой я заниматься не буду» – говорят одни и воздерживаются от публикации общих результатов исследования, считая ее преждевременной. «Поскольку все еще нерешенные вопросы не могут повлиять на конечный итог исследования, буду завершать кандидатскую диссертацию, а их оставим, как говорят, для докторской» – так считают другие. Кто же прав? Обратимся за ответом к методологии истории. Научное историческое исследование – это всегда путь к горизонту: дойдешь до намеченной линии, и перед тобой откроются новые горизонты. Историк всегда в пути, полученные им ответы – всегда лишь приближение к Истине, а не сама Истина. Каждый опытный исследователь знает, что раньше или позже придется пересматривать какие-либо установленные, введенные самим тобой положения и «факты» и публиковать статьи «О пересмотре...», «Новые данные...», «Еще раз о...». Поэтому практически важно уметь своевременно поставить точку на данном этапе исследования, которое, конечно, продолжается (пусть уже с совсем другой интенсивностью) – оно не может закончиться, пока есть вопросы без ответов, пока историк остается историком.

О биографическом жанре

Понятно, что работа в биографическом жанре имеет свою специфику. На конференциях даже общероссийского масштаба и даже от профессоров истории медицины можно услышать: «Важно знать, что сделал этот ученый, а на ком он был женат и другие подробности его личной жизни – какое это имеет значение?». Методологи-науковеды и историки науки длительное время учили нас руководствоваться формулой И. Лакатоса: «История науки есть история событий, выбранных и интерпретированных некоторым нормативным образом» (1978); проще говоря, они исходили из положения, что наука есть обезличенный итог познания, иерархия фактов. И тогда, действительно, так ли уж важно, кто именно, и в какой стране подготовил очередной переворот во взглядах или совершил приоритетное открытие, а тем более – как он там жил, кто его окружал; ведь нас должны интересовать только внутренняя логика развития и направление движения научных идей, этапы и позитивные итоги этого развития. Однако еще Луи Пастер справедливо заметил: «Наука не имеет Родины, но ученые ее имеют». Как обезличенный итог познания наука действительно предстает перед нами, но только в справочнике, в кратком учебнике. Реальная же наука в ее истории не существует без уче-

ных – ее творцов. Личность, личная судьба часто имеют решающее значение для характера и итогов творческой деятельности ученого, они выступают в истории науки в качестве важного фактора влияния. При этом каждый человек науки несет печать времени, его менталитета и культуры. Историк должен все это учитывать, а не выставлять оценки – этому за то-то пятерку, а тому – троечку; он должен помнить, что он – не судья, и уж тем более – не прокурор, он – беспристрастный исследователь прошлого.

В тех случаях, когда это возможно, используют важный элемент собирания материала по персоналиям – социологический метод интервью: с родственниками, коллегами и т.п., с продуманной фиксацией информации. Предварительно исследователь должен очертить круг лиц, которые могут обладать архивами и вообще любыми сведениями касательно исследуемой персоны. С наиболее ценными потенциальными «свидетелями» надо попытаться установить личный неформальный контакт, разъяснив задачи исследования и пообещав держать в курсе дела о результатах работы (публикации, доклады и т.п.; разумеется, такие обещания должны выполняться неукоснительно). Естественно, правило критики источника распространяется и на информацию, полученную методом интервью; не зря ведь говорят: «Врет, как очевидец». Так, из письменных воспоминаний и бесед с «очевидцами» я узнал о жизни в послевоенные годы репрессированного до Великой Отечественной войны лидера терапевтической клиники в СССР Д.Д. Плетнева – одновременно в Воркуте, в Магаданском крае и даже в Советской Гавани. Между тем, документы бесстрастно свидетельствуют: его расстреляли вместе с другими политзаключенными в Орловском центре, «по списку», – в 1941 г., при подходе немцев к Орлу.

Основная опасность, подстерегающая нас при разработке научной биографии, – сотворение ее по правилам «юбилейного жанра», когда о герое – только хорошее, когда все одеты только в парадную форму и как бы застыли в бронзе, и тогда начинает казаться, что они – «на одно лицо». Понятно, что в жизни это были совсем разные люди, что у каждого в груди была своя «змея», что деление их на героев и антигероев, на палачей и их жертв во многих случаях грубо схематизирует реальные отношения, связи, события; нередко наши герои выступают попеременно то в роли жертвы, то в роли палача. Достаточно вспомнить о судьбе академика В.Н. Виноградова, который на «бухаринском процессе» 1938 г. свидетельствовал о преступных деяниях Д.Д. Плетнева (его учителя), а через полтора десятка лет в «Деле кремлевских врачей» фигурировал как одна из главных жертв сталинских палачей.

Когда мы собираем материалы и пишем о видных деятелях прошлого, необходимы и честность, и деликатность: нельзя работать малярной кистью – обеливать одних и чернить других. Опираясь на проверенные источники (а не на сведения из интернета), нужно воссоздавать образы деятелей

нашего прошлого, ничего не «утаивая». Отступления от правды, стыдливые умолчания и т.п. – путь мифотворчества, а не исторического исследования. Так, о лидере ленинградских терапевтов академике Г.Ф. Ланге полагалось писать, что он был женат дважды, хотя в действительности он был женат четыре раза; одна из жен и старший сын жили в Америке и как бы не существовали; хорошо, что к тому моменту, когда сын навестил связанные с именем отца мемориальные места, существование его самого в историко-медицинской литературе уже было «узаконено».

Исследователю-историку приходится пользоваться «штампованными» определениями – «великий», «выдающийся» и т.д., признавать кого-либо «основоположником» чего-то, подчеркивать приоритет указанием «впервые». Как надо относиться к таким словам-«штампам»? Делить деятелей прошлого на великих, выдающихся, знаменитых, крупных, видных и т.п. – дело крайне неблагодарное: никто еще не создал удовлетворительной классификации такого рода, а подобные подписи при «парадах портретов» (например, по ходу парадной лестницы) производят впечатление уже прямо из области комического. И авторская субъективность при этом, как правило, зашкаливает. Если контекст обязывает ввести какое-то определение, лучше пользоваться нейтральными «видный», «крупный». Великими оставим только тех, кто велик очевидно для всех: в медицине это – хирург Н.И. Пирогов, терапевт С.П. Боткин, физиологи И.М. Сеченов и И.П. Павлов и еще, может быть, несколько имен, если говорить о России. Хирурги И.В.Буяльский, Н.В. Склифосовский и С.П. Федоров, терапевты А.А. Остроумов, В.П. Образцов и Д.Д. Плетнев, неврологи А.Я. Кожевников и В.М. Бехтерев, психиатр С.С. Корсаков, педиатр Н.Ф. Филатов, гинеколог В.Ф. Снегирев и т.д. – конечно, блестящие врачи и выдающиеся исследователи, но не будем делать список «великих» бесконечным. И тем более не будем превращать каждого члена академии наук и даже каждого профессора, вполне успешно заведующего своей кафедрой, в «выдающегося» ученого: надо сохранить такое определение только для тех, кто опережал общий фронт исследований, чьи работы были приоритетными, шли в разрез с господствовавшим в то время взглядом.

«Основоположниками», разумеется, можно называть только тех деятелей, кто предложил нечто принципиально новое: направление, метод, школу. Так, в первой половине 19 в. И.Ф. Буш стал основоположником первой отечественной хирургической научной школы в Медико-хирургической академии (Петербург). Его современник популярнейший врач России М.Я. Мудров (Московский университет) не создал научной терапевтической школы; при всех его общеизвестных заслугах он не может считаться основателем отечественной клиники внутренних болезней, поскольку только с приходом на кафедру С.П. Боткина и Г.А. Захарьина, то есть во второй половине 19 в.,

началась научная терапия в России; его называют основоположником анамнестического метода, но подобные дилетантские рассуждения не имеют ничего общего с исторической наукой. В задачу исследователя, работающего в области частной истории медицины, конечно, входит попытка выявить или уточнить основоположников конкретного научного направления или раздела, школы и т.п.

Существует верная поговорка: исследователь-историк только в последнюю очередь должен употреблять слово «впервые». Почему надо остерегаться этого, действительно опасного, слова? Прежде всего, его применение должно сопровождаться ограничительными рамками – где именно впервые: в мире, в стране, в данном университете? Однако большинство авторов не затрудняют себя такими пояснениями. Далее, очень многие открытия представляли собой длительный процесс со многими участниками, со скандальной борьбой за приоритеты, вплоть до судебных разбирательств: в качестве классического примера можно вспомнить историю открытия наркоза. А кто первооткрыватель антисептики: Листер или Земмельвейс, или кто-то из их предшественников? Употребление понятия «впервые» без пояснений корректно в научном отношении только в редких случаях, когда речь идет о несомненном мировом приоритете, без запутанной его истории, например, о выделении и применении канадским врачом Ф.Г. Бантингом инсулина или о пересадке жизненно важных органов у животных в экспериментах русского физиолога В.П. Демихова. В подавляющем большинстве случаев лучше сформулировать, что ученый сделал, не навешивая сомнительных ярлыков.

О так называемых культурной и социальной истории медицины

Приемы исторической науки, которые использует в своей работе современный историк медицины, должны соответствовать требованиям культурной и социальной истории. Что понимается под этими, непривычными для врачебного уха, словосочетаниями? Основное требование культурной истории (так принято сейчас говорить; вероятно, правильнее было бы употреблять термин «культурологическая история») – рассматривать все исторические события и явления как слитные в едином и широком социально-политическом и культурном контексте. Она исходит из понимания неразрывности развития научной медицины и смены идей в европейской (а затем – и всемирной) истории науки и культуры в целом.

Этот контекст как бы пропитывает всю ткань повествования (говоря языком кулинарии, это пропитанное, а не слоеное тесто, и нельзя разделить – здесь слой медицины, а здесь слой культуры), поэтому представления типа «медицинские явления рассмотрены на фоне...» здесь не работают, исходить только из внутренней логики развития научных идей и представлений о неминуемом прогрессе наших научных знаний уже нельзя. Сведения из этого контекста привлекаются по мере необходимости. Так, расцвет уни-

верситетской науки, в том числе медико-биологических дисциплин, в России 2-й половины 19 в. легче понять в связи с общим подъемом культурной жизни в стране и переориентацией интересов в пользу практически значимой деятельности каждого человека; научный анализ материала по истории психиатрии в СССР в середине 20 в. невозможен вне контекста политико-идеологической ситуации в стране, а материал по истории отечественной стоматологии в конце 20 в. нельзя анализировать без учета социально-экономических последствий развала СССР.

В конце 20 в. общие историки и историки медицины «вспомнили», что официальная научная медицина не может претендовать на монопольное представительство в вопросах развития медицинского знания, она никогда не охватывала все проблемы отношения человека к здоровью и болезни, старости и смерти. Очередной всплеск популярности гомеопатии и акупунктуры, фитотерапии и остеопатии, мануальной терапии и других методов диагностики, лечения и профилактики болезней, составляющих комплекс традиционной и иной альтернативной медицины, – прямое свидетельство кризисного состояния научной медицины и здравоохранения в наше время; отсюда актуальность изучения истории различных систем альтернативной медицины. В лечении и охране здоровья, кроме врача, среднего медицинского работника и всяческих чиновников (их становится все больше), участвует и сам больной человек – пациент, и общество в целом, и государство. И сама медицина является мощным фактором воздействия на общественно-исторические процессы. Все это порождает постановку многочисленных принципиально новых вопросов взаимоотношений больного и общества, эти вопросы – на грани медицины, социологии, психологии, философии. Многообразие новых объектов исследований резко расширило горизонты современной истории медицины, потребовало применения новых подходов и нового круга источников, привлекло к разработке этих тем общих историков (не врачей); такую историю принято называть социальной.

Если терминологическое оснащение культурной и социальной истории медицины, научная проработка этих «модных» теперь направлений, несомненно, представляют собой новое слово в развитии нашей дисциплины, то сам по себе подход исследователя, основанный на понимании неразрывного единства истории медицины и истории социально-экономического и культурного развития человечества, вряд ли можно считать таким уж новым. «Немало места в предлагаемой здесь «Истории медицины» отведено истории всеобщей культуры. Иначе и быть не могло, если вспомнить постоянное взаимодействие между тою и другою: история медицины, в сущности, есть только отдельная отрасль истории всеобщей культуры...», – так рассуждал в конце 19 в. один из первых отечественных исследователей истории медицины Савелий Ковнер (История медицины. Часть 1, вып. 1. – Киев,

1878. – С. IV). Такой же подход демонстрировали и другие историки-мыслители и на Западе, и в России. И первая профильная кафедра, созданная в Московском университете, сто лет назад – при Л.З. Мороховце – называлась кафедрой истории и энциклопедии медицины. Недаром говорят: очень часто «новое» – это хорошо забытое «старое».

О научных школах

Неразбериха с употреблением понятия «школа» в историко-медицинских работах остается ужасающей, несмотря на все печатные призывы вести обсуждение проблемы в сколько-нибудь научных рамках. В научной работе исследователь имеет право использовать термин «школа» только при условии, что он руководствуется выбранными им критериями, позволяющими говорить в данном случае о наличии школы. И незачем начинать каждый раз «от печки» (как делают многие авторы), ссылаясь на статью Д.Ю. Гузевича «Научная школа как форма деятельности» (Вопросы истории естествознания и техники, 2003, № 1, с. 64 – 93): можно «утонуть» в классификациях разных типов школ. Школа служебных собак, общеобразовательная школа и даже школа Эйнштейна в теоретической физике никакого отношения к нашей тематике не имеют и не могут иметь. В медицине речь идет только о таком типе научных школ, когда есть учитель – создатель школы и есть ученики – представители этой школы. По отношению к научным коллективам, имеющим свое «лицо», но сложившимся без «отца-основателя», как «школа Обуховской больницы» в Петербурге или «школа Преображенской психиатрической больницы» в Москве, лучше пользоваться термином «направление», а не «школа».

Понятно, что создатель школы должен быть ученым-новатором и талантливым педагогом и что его ученики должны добиться определенных успехов. Это необходимые, но достаточные ли условия? И сколько должно быть учеников, чтобы можно было говорить о школе? Сначала о цифрах. Если бы у немецкого хирурга Б. Лангенбека было всего 3-4 ученика, но один из них назывался Т. Бильрот, мы бы все равно говорили о крупнейшей научной хирургической школе Лангенбека. А у столь же великого русского хирурга Н.И. Пирогова, о котором писали, что вся «послепироговская» хирургия в России – это школа Пирогова, было 8 прямых учеников, ставших известными хирургами (Мирский М.Б. Научная школа Пирогова // Хирургия от древности до современности. – М., 2000. – С. 461 – 524), но никто никогда не утверждал, что Пирогов создал крупную отечественную хирургическую школу.

Статистика (столько-то диссертаций, профессоров, печатных работ) не может быть основой рассуждений о научной школе; если школа больше по количеству учеников, это еще не значит, что она и крупнее; здесь все решает оценка научного вклада в развитие определенных направлений, методов, разделов медицины. Поэтому необходимо провести содержательный анализ

творчества руководителя (был ли он новатором – выдвинул оригинальную концепцию, разработал новый метод и т.п.) и его учеников и уточнить, проводились ли исследования коллектива по единой долгосрочной программе, предложенной основателем школы. Нужно выявить особенности школы, позволяющие отличить ее от конкурирующих школ; если таких особенностей нет, то нет и оснований говорить о наличии оригинальной научной школы. Еще раз уточним: любая оригинальная клиническая школа имеет свое «лицо» – и научное, и лечебное.

При выяснении персонального состава школы, то есть отборе прямых учеников, составляющих школу, и отсева других учеников, а также сотрудников и последователей, приходится решать ряд сложных вопросов. Так, один из самых авторитетных московских кардиологов 2-й половины 20-го века В.Г. Попов работал под руководством сначала М.П. Кончаловского, затем (последовательно) В.Ф. Зеленина, Д.Д. Плетнева, Э.М. Гельштейна, В.Н. Виноградова и Е.И. Чазова; здесь решает то обстоятельство, что сам он всю жизнь считал себя учеником Плетнева. Однако в большинстве случаев не субъективный фактор (собственное мнение ученика либо учителя), а объективное рассмотрение основной тематики и методической базы научного творчества и стиля клинического мышления является решающим критерием для утверждения о принадлежности ученика к научной школе учителя.

Другой сложный случай: Н.А. Лопаткин начинал как ученик А.Н. Бакулева, был его ассистентом, но стал лидером урологии в СССР; конечно, странно было бы включать его в кардиохирургическую бакулевскую школу, но его следует называть в числе учеников и сотрудников А.Н. Бакулева. Третий пример: когда киевского терапевта В.П. Образцова называют учеником С.П. Боткина, то имеют в виду его студенческие годы в ВМА; но там же он с большим интересом и пользой для себя слушал лекции терапевта Э.Э. Эйхвальда и хирурга Н.В. Склифосовского, а врачебную работу начинал как хирург, продолжил как патолог и только потом, по стечению жизненных обстоятельств, стал терапевтом. Конечно, он – последователь С.П. Боткина, но не ученик и представитель его научной школы. Понятно, что при исследовании клинической школы важнейшую роль играет врачебное «ремесленное» ученичество: не проработав врачом и исследователем один – два года под непосредственным руководством учителя, нельзя «прописаться» в его научной школе.

Все сказанное здесь о школах подводит к выводу, что нужно крайне осторожно пользоваться широко принятыми «географическими» названиями школ. Что значит противостояние «московской и петербургской врачебных школ» в конце 19-го века, если имеются в виду школы Г.А. Захарьина в Московском университете и С.П. Боткина в Военно-медицинской академии? Разве тогда же в Московском университете не было терапевтической школы А.А. Остроумова, конкурировавшей с захарьинской школой, идеологически

враждебной ей и очень близкой боткинской школе, и разве в Петербурге не было терапевтической школы В.А. Манассеина? Что значит киевская врачебная школа начала 20-го века, из которой вышли, например, Н.Д. Стражеско и В.Х. Василенко, когда в киевском Университете св. Владимира были две резко различавшиеся терапевтические школы двух выдающихся врачей – В.П. Образцова и Ф.Г. Яновского? (Проблема школ подробно рассмотрена во введении к книге В.И. Бородулина и А.В. Тополянского «Московские терапевтические школы. 20-е – 40-е годы 20-го века. – М., 2013. – С. 6 – 17: «О понятии «научная школа» в клинической медицине (вопросы методологии и методики исследования)»).

В заключение хорошо было бы порекомендовать литературу по методологии и методике работы историка медицины. К сожалению, такой литературы нет. Тем пытливым исследователям, кто испытывает потребность разобраться в том, как работает современный подготовленный историк, можно порекомендовать литературу по общей истории. Можно начать с классических книг «Идея истории. Автобиография». – М., 1980 -Р.Дж. Коллингвуда; «Апология истории или ремесло историка». – М., 1986 – М. Блока и «Бои за историю». – М., 1991 – Л.Февра (в переводах на русский язык).

ИСТОРИКО-МЕДИЦИНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПРОЕКТ: СТУДЕНЧЕСКИЕ СИМПОЗИУМЫ «ОПЕРАЦИИ В КАРДИОХИРУРГИИ: УРОКИ ИСТОРИИ» (ЧЕТЫРЕХЛЕТНИЙ ОПЫТ)

Бокерия Л.А., Волков С.С., Глянцев С.П.

ФГБУ «ННПЦССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России, Москва

HISTORICAL-MEDICAL, SCIENTIFIC AND PRACTICAL AND EDUCATIONAL PROJECT: STUDENTS' SYMPOSIUMS «OPERATIONS IN CARDIOSURGERY: LESSONS OF HISTORY» (FOUR-YEAR EXPERIENCE)

Bockeria L.A., Volkov S.S., Glyantsev S.P.

*Bakulev National Scientific & Practical Center for Cardiovascular Surgery,
Moscow, Russia*

Аннотация: Описан оригинальный историко-медицинский, научно-практический и образовательный проект (ИМНПО), заключающийся в проведении научно-исследовательской работы (НИР) по истории создания и внедрения операций, оставивших след в развитии хирургии сердца и сосудов (историко-медицинская НИР), с последующим их воспроизведением в условиях WetLab

(научно-практическая НИР). Данная форма НИР была апробирована на четырех симпозиумах под названием «Операции в кардиохирургии: уроки истории», прошедших в 2014 – 2017 гг. в ФГБУ «ННПЦССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России. Всего в них приняло участие 56 студентов из 5 вузов Москвы (ПМГМУ, РНИМУ, МГМСУ, РУДН и МГУ), которые провели 38 НИР в области истории и реконструкции операций при врожденных и приобретенных пороках, ишемической болезни и нарушениях ритма сердца, кардиомиопатиях, сердечной недостаточности и заболеваниях аорты и ее ветвей, подготовили и сделали 76 сообщений и опубликовали тезисы 84 докладов в рецензируемом журнале. Сделан вывод о перспективности данной формы преддипломной подготовки будущих врачей в области сердечно-сосудистой хирургии.

Ключевые слова: высшее медицинское образование, история сердечно-сосудистой хирургии, реконструкция операций в условиях WetLab.

Abstract: The article describes the original medical-historical, scientific-practical and educational project which is involved in conducting scientific research work on the history of the creation and implementation of operations that left traces in the development of cardiac and vascular surgery, with the following their reproduction in the conditions of Wet Laboratory (WetLab). This form of research was tested at four Symposiums entitled «Operations in Cardiac Surgery: Lessons of History», which took place in 2014 – 2017 in Balulev National Scientific and Practical Centre for CVS of the Ministry of Health of Russia. A total of 56 students from five universities in Moscow (PMGMU, RNIMU, MGMSU, RUDN and MGU) took part in them, who developed 38 research and development projects in the field of CVS history and reconstruction of operations with congenital and acquired defects, ischemic disease and heart rhythm disturbances, cardiomyopathies, heart failure and diseases of the aorta and its branches, prepared and made 76 reports and published the theses of 84 reports in the reviewed journal. A conclusion about the prospects of this form pre-diploma training in the field of cardiovascular surgery have made.

Key words: higher medical education, history of cardiovascular surgery, reconstruction of operations in WetLab conditions.

В 2014 г. в ФГБУ «НЦССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России (ныне – ННПЦССХ им. А.Н. Бакулева) по инициативе Совета молодых ученых (С.С. Волков) совместно с отделом истории сердечно-сосудистой хирургии (С.П. Глянцев) и при поддержке академика Л.А. Бокерия, разработан и внедрен историко-медицинский, научно-практический и образовательный проект (ИМНПО) под названием «Студенческие симпозиумы «Операции в кардиохирургии: уроки истории».

Суть проекта заключалась в следующем. В течение первой половины учебного года (ноябрь–декабрь) члены студенческого научного кружка

(СНК) при ННПЦССХ – студенты 3 – 6 курсов медицинских вузов Москвы – осуществляли поиск, получали темы и начинали заниматься историко-медицинской научно-исследовательской работой (НИР) – изучением истории создания и внедрения операций на сердце и магистральных сосудах, оставивших след в истории и заложивших новые направления в сердечно-сосудистой хирургии. После тщательного и глубокого изучения истории вопроса, в следующем семестре (январь – апрель), студенты моделировали избранный порок сердца на изолированных сердцах животных, а затем устраняли его в условиях «WetLab».

Историко-медицинские исследования повели путем поиска соответствующих архивных (операционные журналы, истории болезни и др.) и печатных (оригинальные статьи, диссертации, монографии, руководства и др.) источников, выкопировки из них необходимых данных, перевода (если требовалось) на русский язык и их анализа историческим, системным, диалектическими другими методами, принятыми в историко-медицинских НИР.[1] Если авторы операций были живы, студенты пробовали связаться с ними и нередко получали от них оригинальные материалы и персональные сообщения, касающиеся истории создания тех или иных операций и их внедрения в клинику.

Операции реконструировали на стандартных свиных сердцах с моделями соответствующих пороков сердца по первоисточникам (оригинальные статьи с описаниями этих операций) или протоколам из операционных журналов ННПЦССХ. В двух исследованиях в качестве опытных животных использовали лягушек и крыс. Для реконструкции применяли соответствующий сердечно-сосудистый инструментарий, в том числе микрохирургический, увеличивающие лупы, видеоэндоскопическую технику. При необходимости прибегали к использованию хирургических инструментов или иных устройств из фондов Музея сердечно-сосудистой хирургии ННПЦССХ.

Полученные научно-практические результаты были оформлены в виде научных докладов (презентаций) по истории операции (1-е сообщение) и по его моделированию в условиях «WetLab» (2-е сообщение). Соответственно подавались тезисы докладов на Всероссийские конференции молодых ученых, в рамках которых проводили симпозиумы, на которых эти доклады заслушивали, обсуждали и комментировали.

Всего к настоящему времени в рамках проекта проведено 4 симпозиума. Тематику 3-х секций Первого симпозиума, прошедшего 18 мая 2014 г., стали: 1) операции при врожденных пороках сердца, 2) операции при приобретенных пороках сердца и 3) операции при ишемической болезни сердца. На Втором симпозиуме, состоявшемся 19 мая 2015 г., на 2-х секционных заседаниях были рассмотрены: 1) операции при врожденных и приобретенных пороках сердца и 2) операции при нарушениях ритма и ишемической болезни сердца. Доклады Третьего симпозиума, проведенного 23 мая 2015 г., были

посвящены: 1) операциям при врожденных пороках сердца, 2) операциям при кардиомиопатиях и 3) операциям при патологии грудной аорты. Четвертый симпозиум включил 2 секционных заседания на темы: 1) хирургическое лечение заболеваний и пороков сердца; 2) уникальные операции в истории кардиохирургии.

Всего на симпозиумах было заслушано 76 докладов по истории операций и их реконструкции, в подготовке которых приняли участие 56 студентов, в том числе: из ПМГМУ им. И.М. Сеченова – 25 человек; из РУДН – 8; из РНИМУ им. Н.И. Пирогова – 10; из МГМСУ им. А.И. Евдокимова – 12 студентов и из МГУ – 1 студент. Помимо подготовки мультимедийных презентаций, каждый участник симпозиумов (в соавторстве с товарищами) опубликовал от 2 до 10 тезисов в рецензируемом Бюллетене НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН «Сердечно-сосудистые заболевания». Всего за 4 года 56 студентов опубликовали тезисы 84 докладов.

В процессе НИР некоторые студенты (Яжборовская А.С., МГМСУ, 5 курс, 2014; Щербак А.В., МГМСУ, 6 курс, 2015; Тачиева Г.Б., МГМСУ, 5 курс и Шишкина О.И., МГМСУ, 6 курс, 2016; Черемисова Д.А., ПМГМУ, 5 курс и Кордзая Е.Л., МГМСУ, 4 курс, 2017) обнаружили неизвестные ранее исторические данные, впервые ввели их (в тезисах докладов и в сообщениях) в научный оборот и опубликовали результаты своих исследований в научно-практических журналах, входящих в список рецензируемых журналов ВАК («Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова», «Детские болезни сердца и сосудов», «Вестник трансплантологии и искусственных органов»).

На 4-м симпозиуме (2017) были также продемонстрированы изготовленные в процессе научных исследований: 1) макет торса человека с внутренними органами из синтетических материалов (легкие, аорта, пищевод, блуждающий нерв) и реконструированной на нем операцией аорто-аортального шунтирования (Тачиева Г.Б. и соавт.), 2) созданная студентами действующая модель имплантируемого искусственного электромеханического сердца В.П. Демихова, 1937 г. (Зайковский В.Ю., Ромашин М.А.), а также действующая модель искусственного сердца «ИС-НЦХ», 1984 г. (Ниязов С.С., Воропаев А.Д.).

Итоги симпозиумов подводили на закрытии Ежегодной сессии ННПЦССХ с Всероссийской конференцией молодых ученых, а победителей в разных номинациях (историко-медицинская НИР и научно-практическая НИР) премировали книгами и дипломами. Всем студентам были вручены сертификаты участников Ежегодной научной сессии ННПЦССХ с Всероссийской конференцией молодых ученых, что сыграло существенную роль в их аккредитации в 2016 г. как молодых специалистов.

После участия в ИМНПО и в работе симпозиумов, из 56 участников 16 (28,6%) занялись НИР по истории и клиническим вопросам сердечно-сосу-

дистой хирургии; из 14 студентов выпускных курсов 10 (70%) поступили в клиническую ординатуру, в том числе 8 человек – в ННПЦССХ; из них трое после окончания ординатуры поступили в аспирантуру Центра. Планируют поступать в ординатуру несколько студентов выпускных курсов – участников симпозиума 2017 года. Трое участников уехали поступать на postgraduate education в университеты США, Германии и Израиль.

Из 56 студентов 34 человека (60,7%) участвовали в одном симпозиуме, 17 (30,4%) – в двух, 4 (7%) – в трех и один – в четырех. Отметим также, что в процессе НИР ни один из студентов не отказался от дальнейшего выполнения исследований по причине их трудности или чрезмерной учебной нагрузки. Все были проведены от начала до конца. Такое отношение свидетельствует о востребованности предложенного и апробированного нами научно-образовательного проекта, который планируется продолжить в будущем.

Выводы:

1. Разработана и внедрена новая форма НИР студентов 3 – 6 курсов медицинских вузов в рамках СНК крупного хирургического научного центра, заключающаяся в изучении истории создания и внедрения операций на сердце и сосудах с последующей их реконструкцией в условиях WetLab.

2. Участие в историко-медицинской НИР позволяет студентам расширить кругозор и углубить культурную память в области истории медицины и хирургии, получить навыки поиска исторических источников, аналитической работы с ними, научиться готовить тезисы и тексты докладов, мультимедийные презентации по истории медицины и хирургии, транслировать их в высококвалифицированной научной аудитории.

3. Участие студентов в реконструкции оперативной коррекции пороков и заболеваний сердца и сосудов в условиях WetLab дает возможность усвоить топографическую анатомию заболеваний и пороков сердца, освоить мануальные навыки оперативной сердечно-сосудистой хирургии, ощутить сложность и ответственность реальной работы сердечно-сосудистых хирургов, что после окончания вуза оказывает положительное влияние на осознанный выбор будущей врачебной специальности: из 56 участников симпозиумов 16 занялись самостоятельными научными исследованиями, 10 поступили в клиническую ординатуру, а трое из них – в аспирантуру по сердечно-сосудистой хирургии.

4. Проведенные с 2014 по 2017 гг. на базе ФГБУ «ННПЦССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России 4 симпозиума под названием «Операции в кардиохирургии: уроки истории» продемонстрировали заинтересованность студентов в новой форме НИР и востребованность апробированного нами ИМНПО: 61% студентов участвовали в одном симпозиуме, 39% – в 2-х–4-х; при этом каждый подготовил по 1 – 4 доклада и опубликовал по 2 – 10 тезисов. Всего студенты опубликовали тезисы 84 докладов, из которых сделали 76.

5. Считаем, что данная разновидность НИР, включающая проведение студентами самостоятельных исследований по истории медицины, является действенной формой преддипломной подготовки будущих врачей в области сердечно-сосудистой хирургии и может быть распространена на другие направления хирургии и смежных специальностей.

Литература

1. Глянцев С.П., Альбицкий В.Ю. Диссертационное исследование по истории медицины: Методические рекомендации для аспирантов и соискателей ученой степени по специальности 07.00.10 – история науки и техники (медицинские науки). М.: РОИМ, 2016.

ИСТОРИКИ МЕДИЦИНЫ ЗАКАРПАТЬЯ И ИХ ТРУДЫ

Андрух М.А.

(Венгрия)

Васильев К.К.

Одесский национальный медицинский университет (Украина)

HISTORIANS OF MEDICINE OF TRANSCARPATHTIA AND THEIR WORKS

Andruk M. A.

(Hungary)

Vasylyev K. K.

Odessa national medical University (Ukraine)

Аннотация: Цель публикации – осветить вклад исследователей, живших и работавших в Закарпатской области, в разработку истории медицины. Авторы останавливаются на основных этапах жизни и деятельности ученых. Приводятся данные о месте защиты диссертаций.

Ключевые слова: история медицины в СССР, К.Г. Васильев, А.С. Подражанский, А.В. Фединец, С.Н. Микуланинец.

Abstract: The aim of this paper is to highlight the contribution of researchers who lived and worked in the Transcarpathian region, in the development of the history of medicine. The authors focus on the major stages of life and activities of scientists. Provides information about the location of the thesis defense.

Key words: history of medicine in the Soviet Union, K.G. Vasilyev, A.S. Podrazhansky, A.V. Fedinec, S.N. Mikulinets.

В личном архиве профессора Константина Георгиевича Васильева (1919-2015) сохранилась его переписка с доктором Михаилом Адельберто-

вичем Андрухом. К.Г. Васильев предлагал М.А. Андруху, жившем в г. Ужгороде Закарпатской области Украины, принять участие в сборе, оформлении и издании материалов – «Историки медицины Украины». В ответном письме последний поблагодарил за приглашение принять участие в подготовке биобиблиографического сборника. Далее он писал, что ушли из жизни основные историки медицины Закарпатья: «Умер д-р К.К. Сильвай. Его супруга передала все оставшиеся материалы его сыну, который живет сейчас в Венгрии» и др. Отсюда трудности со сбором материалов. В заключение письма: «Несколько слов о себе. В декабре прошлого года (письмо помечено 18.05.1999 г., Ужгород) мне исполнилось 60 лет и я стал пенсионером с пенсией в 59 гривен. К счастью мне ещё позволили работать. В октябре стану пенсионеркой и супруга с такой же пенсией. Внучкам исполнилось 12 лет, и дочь задумалась о перспективе и на семейном совете мы решили покинуть Родину и эмигрировать в Венгрию. Зять Саша уже работает в Будапеште, осенью переезжают дочь и внучки, а через год-два и мы. Вот такие у нас дела. В остальном у нас как у преобладающего большинства наших сограждан – живем надеждой, авось образумятся и вспомнят и о народе.»

В ответном письме (25.05.1999 г., Одесса) К.Г. Васильев писал: «Дорогой Михаил Альбертович! Получил ваше письмо от 18.05. и искренне благодарен Вам за него. Я рад, что Вы согласились принять участие в подготовке биобиблиографического издания «Историки медицины Украины».

На подготовку и издание этой работы я смотрю как на выполнение своего долга перед своими соратниками и друзьями. Мы все честно работали и служили той области знаний, которая называется историей медицины.

Многих уже нет, другие же, как говорят, далече! И я не вижу, кто готов сейчас продолжить нашу работу. Поэтому нужно сохранить память о тех, кто начинал историко-медицинские исследования на Украине, чтобы, когда снова появится интерес к истории медицины, их не забыли и помянули добрым словом. <...> О себе могу только сказать, что в этом году, в декабре, мне исполнится 80 лет. Но пока я держусь, занимаюсь литературным трудом. Много пишу, публикую. И следуя совету Великого Омара Хайяма, который почти тысячу лет назад писал:

Если есть у тебя для житья закуток –

В наше подлое время – и хлеба кусок,

Если ты никому не слуга, не хозяин –

Счастлив ты и воистину духом высок. <...>»

При письме доктора Андруха от 29.12.1999 г. был выслан К.Г. Васильеву собранный им материал, который остался до сих пор не опубликованным. Представленная ниже статья, которая содержит не только материал доктора М.А. Андруха, а и мои (К.К. Васильева) дополнения к нему, таким образом, доводит до логического завершения начатую ужгородским доктором работу.

В советский период нашей истории в Закарпатской области был проделан ряд историко-медицинских исследований, а, как известно, «устаревают» исторические исследования значительно медленнее, в сравнении с работами в других областях знаний. Тщательно собранный, систематизированный и проанализированный историко-медицинский материал представляет интерес и спустя десятилетия. И, конечно, развешенные в этих работах актуальные для того времени ярлыки не должны пугать современного исследователя. Это был необходимый антураж, в не зависимости от того верили ли сами авторы в эти демагогические утверждения или вынуждены были идти на компромисс – без них в те годы исследование не могла быть введено в научный оборот.

Цель данной публикации осветить вклад исследователей живших и работавших в ту эпоху в Закарпатской области в разработку истории медицины. При этом мы решили остановиться на основных этапах жизни и деятельности этих персон. Написание фамилии, имени и отчества на русском и украинском языках могут отличаться. Поэтому при первом упоминании, в скобках, мы даем их и на украинском языке (даже в том случае, если этих различия минимальны или их нет). Как известно диссертации полностью не публиковались, но многие из них содержат богатый материал до сих пор не изданный, оставшийся в машинописи диссертационной работы. Поэтому мы приводим данные о месте защиты, так как один экземпляр диссертации оставался в учреждении, при котором был совет по защите диссертаций.

Начнем с патриарха закарпатской медицины профессора Александра Васильевича Фединца (на украинском – Олександр Васильович Фединець; 13.06.1897, с. Малый Раковец, ныне в Иршавском районе Закарпатской обл. – 6.04.1987, Ужгород), который длительное время возглавлял кафедры хирургии на медицинском факультете Ужгородского государственного университета (МФ УжГУ; в 2000 г. УжГУ стал Ужгородским национальным университетом). Теперь в Ужгороде есть уже улица его имени. Кроме трудов по хирургии, он автор статей о развитии хирургической службы в Закарпатской области за период Советской власти (Клиническая хирургия. – 1967. – № 3, в соавт.; Вестник хирургии им. Грекова. – 1975. № 5, в соавт.) и об истории борьбы с эндемическим зобом в Закарпатье (Клиническая хирургия. – 1972. – № 12; Вестник хирургии им. Грекова. – 1985. – № 2, в соавт.). Проф. Фединец был руководителем кандидатской диссертации по истории хирургии в Закарпатье В.С. Сопко (о последнем см. ниже).

Отметим также, что его сын Александр Фединец (на украинском – Олександр Фединець; р. 1935 г.), в 1978 г. эмигрировавший в Венгрию, в 1960-х годах занимался исследованием российско-чехословацких медицинских

связей. Он автор работ о проф. В.Л. Грубере (1814-1890), проф. Д.Ф. Лямбле (1824-1895), о словацких врачах-«толстовцах» и др.

Абрам Соломонович Подражанский (на украинском – Абрам Соломонович Подражанський; 22.06.1896, г. Гадяч, ныне в Полтавской обл. – 1971, Ужгород). В 1924 г. окончил Харьковский медицинский институт. Работал в Славянске, затем в Харькове. В 1941-1943 гг. главный санитарный инспектор Киргизской ССР, с конца 1943 г. в Москве. После окончания Великой Отечественной войны в Львовском институте эпидемиологии и эпидемиологии, а в 1949-1966 гг. возглавил организованную им кафедру гигиены, организации здравоохранения и истории медицины на МФ УжГУ. Его кандидатская диссертация – «Санитарно-эпидемическое состояние западных областей Украины до воссоединения с УССР» (Львов, 1948. – 448 л.). Выполнена она была в период работы А.С. Подражанского во Львове, под научным руководством местного профессора-гигиениста В.З. Мартынюка (1896-1981), а защищена в Киевском медицинском институте (ныне Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца) в 1949 г. В диссертационной работе автор дал исторический очерк за 600 лет санитарно-эпидемиологического состояния той территории, которая на тот момент составляли четыре области Украины – Львовская, Драгобычская (с 1959 г. в составе Львовской обл.), Станиславская (ныне Ивано-Франковская) и Тернопольская, а также австрийского и польского санитарного законодательства, которое в соответствующие эпохи действовало в этом крае. В первой главе диссертации дан краткий очерк географии, истории и населения края. В следующих четырех главах в хронологической последовательности представлены (используем терминологию автора): «эпоха польского владычества (1356-1772 гг.)»; «первое столетие оккупации края Австрией (1772-1870 гг.)»; последующие «годы владычества Австрийской империи (1870-1918 г.)»; «период захвата этих земель польской буржуазной республикой (1918-1939 гг.)». И, наконец, в заключительной части работы показаны первые шаги советской власти в области санитарно-оздоровительных мероприятий в регионе.

А.С. Подражанский автор статей: о гражданских больницах в Западной Украине в XIV-XVII вв. (Советское здравоохранение. – 1953. – № 1); о санитарно-эпидемиологическом состоянии западных областей Украины в досоветский период (Очерки истории медицинской науки и здравоохранения на Украине. – Киев, 1954); о санитарно-эпидемиологическом состоянии Западной Украины между двумя мировыми войнами (Врачебное дело. – 1954. – № 5); об истории аптечного дела в Львове (Аптечное дело. – 1954. – № 5); о книге на польском языке «О травах и их действии» (Краков, 1534) подготовленной к печати выходцем из Холмщины, «русинном» С. Фалимиржом /S. Falimirz/ (Советское здравоохранение. – 1954. – № 1); о хирургической помощи в г. Львове в XVI-XVIII вв. (Вестник хирургии им. Грекова. – 1955. –

№ 10); о цеховой медицине Львова в XVI-XVIII вв. (Научные записки Ужгородского университета. – Львов, 1956. – Т. 19); о санитарно-гигиенических мероприятиях в городах Западной Украины в XIV-XVII веках (Врачебное дело. – 1956. – № 8); об истории медицинского образования в Закарпатье (К истории медицины на Украине. – Львов, 1961); и др.

Степан Николаевич Микуланинец (Степан Миколайович Микуланинец; 23.03.1903 г., с. Линцы, ныне в Ужгородском районе Закарпатской обл. – 21.06.1978, Ужгород). В 1921 г. окончил Ужгородскую гимназию, а в 1927 г. – медицинский факультет Пражского университета. До 1933 г. работал терапевтом в Праге, затем до 1938 г. заведовал Домом народного здоровья в Ужгороде, в период с 1939 г. до 1944 г. ординатор и заведующий терапевтическим отделением Виноградовской больницы, в 1944-1947 гг. главный врач Виноградовской центральной районной больницы (г. Виноградов Закарпатской обл.), 1947-1957 гг. – заведующий Закарпатским областным отделом здравоохранения, 1957-1963 гг. – главный терапевт облздравотдела, 1964-1978 гг. – заведующий курсом организации здравоохранения МФ УжГУ. Кандидатская диссертация: «Из истории здравоохранения в Закарпатской области до воссоединения с Украинской Советской Социалистической Республикой». (Ужгород, 1955. – 248 л., 10 л. илл.; автореферат: Киев, 1955. – 18 с.). Научный руководитель – заведующий кафедрой организации здравоохранения Киевского института усовершенствования врачей (ныне Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика) К.Ф. Дупленко (1899-1990), а защита состоялась в Киевском медицинском институте (1955 г.). Краткий реферат диссертации был опубликован: Врачебное дело. – 1956. – № 3. – Стб. 332. Статьи С.П. Микуланинца: об истории здравоохранения Закарпатья (Врачебное дело. – 1955. – № 6); об истории областной клинической больницы (Сборник научных работ Закарпатской областной клинической больницы. – Ужгород, 1957); о развитии народного здравоохранения в Советском Закарпатье (К истории медицины на Украине. – Львов, 1961).

Константин Константинович Сильвай (Костянтин Костянтинович Сильвай; 24.01.1932, с. Ивановцы, ныне в Мукачевском районе Закарпатской обл. – 25.09.1984, Ужгород). Среднее образование получил в Мукачево. В 1954 г. окончил МФ УжГУ и после этого работал в медучреждениях Закарпатской области. В 1960-1962 гг. – аспирант Института организации здравоохранения и истории медицины им. Н.А. Семашко (в Москве), с 1963 г. в МФ УжГУ ассистент, а затем доцент. Кандидатская диссертация: «Из истории русско- и советско-венгерских связей. Середина XVIII века – 1961 год.» (М., 1963. – 382, LVII л.; приложение: 123 л. с илл.; автореферат: М., 1963. – 18 с.). Научный руководитель – А.Г. Лушников (1899-1977), Защита состоялась в 1-м Медицинском государственном институте им. И.М. Сеченова

(ныне Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова) в 1963 г. Содержание диссертационной работы раскрыто в хронологической последовательности в четырех главах: 1) середина XVIII – середина XIX вв.; 2) середина XIX вв. – 1917 г.; 3) 1918-1948 гг.; 4) 1949-1961 гг.

По теме диссертации К.К. Сильвай опубликовал статьи: о деятельности венгерских врачей в России во второй половине XVIII века (Советское здравоохранение. – 1961. – № 2); о проф. Ф. Керестури (1735-1811) (Гигиена и санитария. – 1961. – № 2, в соавт.; Советское здравоохранение. – 1961. – № 9; Физиологический журнал СССР им. Сеченова. – 1962. – № 2); об И. Орлае (1770-1829) (К истории медицины в Украине. – Львов, 1961; в соавт.); о первой популярной медицинской книге в России: «Домашний лечебник» Христиана Пекена (Фельдшер и акушерка. – 1962. – № 3).

Последние годы жизни К.К. Сильвай работал над докторской диссертацией об истории травматологии и ортопедии, но ввиду преждевременной кончины не успел её завершить. Он составитель двух библиографий: «Библиография истории травматологии и ортопедии в СССР. 1917-1982 гг.: Указатель работ отечественных и зарубежных авторов по истории травматологии и ортопедии в СССР.» (Киев, 1984. – 130 с.) и «Библиография докторских диссертаций отечественных авторов по проблемам травматологии-ортопедии и смежных с ними отраслей медицины. 1900-1980 гг.» (Киев, 1984. – 71 с.). К.К. Сильвай автор статей: о проф. Н.А. Вельяминове (1855-1920) (Проблемы туберкулеза. – 1971. – № 1); о проф. С.Д. Тарновском (1896-1960) (Ортопедия, травматология и протезирование /ОТиП/. – 1971. – № 6), о международных связях советских травматологов-ортопедов в 1940-1967 гг. (ОТиП. – 1972. – № 3) и др.

Евгений Иванович Вереш (Євген Іванович Вереш; 13.06.1935, Ужгород – 29.07.1998, Ужгород). Среднее образование он получил в Ужгороде. В 1959 г. окончил МФ УжГУ, после окончания которого работал в медучреждениях Закарпатской области, в Мукачевском филиале Львовского НИИ педиатрии, акушерства и гинекологии. С 1982 г. – зав. курсом истории медицины, социальной гигиены и врачебной этики МФ УжГУ. Кандидатская диссертация: «Очерки по истории развития родовспоможения в Закарпатье. К истории родовспоможения в УССР.» (Мукачево-Киев, 1971. – 629 л. с илл. и табл.; приложение: 115 л. с илл.; автореферат: Винница, 1972. – 30 с.). Научные руководители: д.м.н., проф. Л.В. Тимошенко и к.м.н. В.Ф. Леванюк, а защита была на заседании Ученого совета Винницкого медицинского института им. Н.И. Пирогова (ныне Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова) в ноябре 1972 г. В четырех главах собственных исследований освящается история развития родовспоможения в Закарпатье на протяжении более чем восьми вековой истории края (верхняя хроноло-

гическая граница работы – 1970-е годы). Е.И. Вереш автор также статей: об истории развития родовспоможения в Закарпатье (Педіатрія, акушерство і гінекологія. – 1973. – № 5; в соавт.), об истории бабичьего дела на Закарпатье (Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. – Львов, 1969); об ученицах-акушерках И.Ф. Земмельвейса в Закарпатье (Фельдшер и акушерка. – 1987.- № 7) и др.

Юрий Андреевич Думнич (Юрій Андрійович Думнич) родился 27.05.1924 г. в с. Нягово (ныне в Тячевском районе Закарпатской обл.), а среднее образование получил в Ужгороде. В 1951 г. окончил МФ УжГУ, с 1953 г. работал в Ужгородском областном противотуберкулезном диспансере (в 1954-1970 гг. – главным врачом). Кандидатская диссертация: «Развитие противотуберкулезной службы и итоги борьбы с туберкулезом органов дыхания в Закарпатской области». Автореферат для служебного пользования: Львов, 1972. – 18 с. Научные руководители: д.м.н., проф. Г.Г. Горovenko и к.м.н. М.С. Двойрин. Защита состоялась в Львовском медицинском институте. В работе приведены данные о состоянии борьбы с туберкулезом в годы «владычества австро-венгерской монархии, буржуазной Чехословакии и немецко-венгерской фашистской оккупации Закарпатья». Кроме того, даны сведения, касающиеся достижений в борьбе с туберкулезом в Закарпатской области за годы Советской власти.

Василий Степанович Сопко (Василь Степанович Сопко; 5.03.1937, с. Керещки, ныне в Свалявском районе Закарпатской обл. – 20.10.1987, Ужгород). Среднее образование получил в Ужгороде. В 1959 г. окончил МФ УжГУ и после этого работал в медучреждениях Ужгорода. С 1971 г. по 1973 г. – заочный аспирант кафедры общей и госпитальной хирургии МФ УжГУ. Кандидатская диссертация: «Развитие хирургии и хирургической помощи в Закарпатской области» (Ужгород, 1974. – 163 л. с илл. и табл.; приложение: 122 л.; автореферат: Ужгород, 1974. – 26 с.). Диссертационная работа была выполнена в Ужгородском университете под руководством проф. А.В. Феденца и доцента К.К. Сильвай. Автор поставил цель изучить состояние хирургической помощи в крае в различные эпохи, осветить местные эмпирические народные методы лечения хирургических болезней с их оценкой, показать достижения хирургической службы и хирургической науки в Закарпатской области за годы Советской власти. Исследование охватывает период со второй половины XIII столетия (с этого времени имеется первые письменные источники о медицинской деятельности) до 1970 г. В приложении диссертации, которое выделено в отдельный том, даны: 1. Указатель лекарственных растений, применявшихся народной медициной Закарпатья для лечения хирургических болезней; 2. Библиография печатных трудов по хирургии врачей Закарпатья; 3. Знаменательные даты и события хирургии Закарпатья; 4. Фотокопии основных архивных и других источников. В.С. Сопко опубли-

ковал статьи: об этапах развития хирургии в Закарпатье (Вестник хирургии им. Грекова. – 1972. – № 12) и о закарпатских цехах цирюльников в XV-XXII веках (Клиническая медицина. – 1973. – № 7).

Таким образом, подавляющее число исследований историков медицины Закарпатской области советской эпохи были посвящены локальной истории медицины – истории медицины Закарпатья. Только кандидатская диссертация доцента А.С. Подражанского, работавшего до переезда в Ужгород в Львове, об истории медицины Галиции, да и доцент К.К. Сильвай в последние годы своей жизни сосредоточился на истории травматологии и ортопедии в СССР.

2. ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ ДРЕВНЕГО МИРА И СРЕДНИХ ВЕКОВ

НАТУРФИЛОСОФИЯ СТОИКОВ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА МЕДИЦИНУ ВРАЧЕЙ-ЭМПИРИКОВ¹

*Д.А. Балалыкин,
Н.П. Шок*

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет)*

NATURAL PHILOSOPHY THE STOICS AND ITS INFLUENCE ON EMPIRICISTS' MEDICAL SCHOOL

*D.A. Balalykin,
N.P. Shok*

*FSAEI HE I.M. Sechenov First MSMU MOH Russia
(Sechenov University)*

Аннотация: Статья посвящена анализу натурфилософских основ медицинских взглядов врачей-эмпириков. Отличие античных медицинских школ в практике врачевания было связано с различием их методологических принципов. Подход к медицине врачей-эмпириков обусловлен тем, что их натурфилософские взгляды основывались на принципах познания стоиков. В связи с этим врачи-эмпирики были полностью сосредоточены на результатах непосредственного наблюдения, что исключало постановку задачи получения достоверного знания о сущности заболевания и способах его лечения.

Ключевые слова: история медицины, натурфилософия, стоики, врачи-эмпирики, античная медицина.

Abstract: The article is devoted to analysis of the natural philosophical foundation of empiricist doctors' medical views. Ancient medical schools differed in their healing practices due to the differences in their methodological principles. The empiricist doctors' approach to medicine is distinguished by natural philosophical views based on Stoics' principles of cognition. In this regard, the empiricists were fully focused on the results of direct observation, which excluded obtaining reliable knowledge of the nature of the disease and the methods of its treatment.

¹ По материалам третьего тома «Сочинений» Галена, в которых опубликованы первые пять книг трактата «Об учениях Гиппократов и Платона» (пер. З.А. Барзах, под ред. Д.А. Балалыкина). См.: Гален 2016.

Key-words: history of medicine, natural philosophy, stoics, empiricist doctors, ancient medicine.

Первая половина III в. до Р. Х. выглядит как триумф рациональной медицины. Работы Герофила подтверждают плодотворность сочетания принципов Гиппократов с философскими учениями, зародившимися в Академии и Ликее. Невозможно переоценить значение анатомических и физиологических открытий, сделанных в то время в Александрии. Герофил воспитал множество учеников, усилиями которых его идеи на сотни лет стали основой медицинской практики. Например, представления Герофила о клинической важности наблюдений за пульсом (сфигмология) применялись, развивались и дополнялись в течение сотен лет, вплоть до времен Галена. Однако уже среди первого поколения учеников Герофила возникла оппозиция взглядам учителя, вплоть до полного отрицания его исследовательской практики. Это направление медицинской мысли уже в завершающей трети III в. до Р. Х. превратилось в целостное учение, которое принято называть «школой врачей-эмпириков».

Источники, на основании которых мы можем восстановить историческую картину развития медицины «после Герофила», весьма скудны. Однако в историографии сложилась точка зрения, связывающая возникновение школы врачей-эмпириков с деятельностью двух известных александрийских врачей – Серапиона и Филина Косского, которого В. Наттон называет «вольнодумствующим учеником Герофила» (Nutton 2013: 149; von Staden 1989).

Филин был уроженцем о. Кос и, судя по всему, там же начинал свою профессиональную деятельность врача. От великого Гиппократов его отделяют примерно сто лет. Вполне вероятно, что он учился у преемников Полибия – зятя Гиппократов, который после переезда великого врача в Фессалию возглавил косскую медицинскую школу. Филина можно назвать интеллектуальным правнуком Гиппократов и наследником Герофила. У нас нет достоверных указаний на то, что Серапион также учился у Герофила, но не вызывает сомнений, что он был хорошо знаком с его работами. Филин и Серапион сознательно отвергают наследие Герофила в части значения медицинской теории, но принимают и охотно используют ту часть традиции, идущей от Гиппократов, которая связана с врачебной практикой. Характерным примером является уже упомянутое нами исследование пульса пациента – на его диагностическое значение указывал еще Гиппократ, но Герофил превратил сфигмологию в систему, построенную на основе систематизации клинически значимых признаков и их интерпретаций. Сфигмология принималась, использовалась и ценилась как врачами-эмпириками, так и врачами-методистами. Многие известные врачи II–I вв. до Р. Х., в целом не разделявшие рационалистических взглядов, очень внимательно относились к наследию

Гиппократ. Создание собственных комментариев к «Корпусу Гиппократа» (всему или к отдельным его книгам) было своего рода демонстрацией достижения определенного профессионального уровня. Споря с врачами-рационалистами, но при этом широко используя наследие Гиппократа, врачи-эмпирики считали необходимым определиться с оценками основополагающих трудов своего великого предшественника.

Известным представителем школы эмпириков второго поколения, следовавших за Филином и Серапионом, был Зенон из Александрии. Он так же, как и его коллеги, комментировал Гиппократа: очевидно, анализ его трудов имел важное значение для апологетики эмпирического подхода. Зенон уделял большое внимание понятиям и терминам, с помощью которых определялись конкретные клинические явления. Если считать это характерной чертой школьного учения, то мы получим объяснение той последовательности, с которой Гален сосредоточивает внимание на медицинской терминологии и ее трактовке. Этот подход великого пергамца особенно ярко проявляется именно в полемических сочинениях, направленных против врачей-эмпириков².

Многие историки медицины обращают внимание на то, что «золотой век» Александрийской медицины, обусловленный расцветом анатомической науки, быстро сменяется периодом полного забвения практики аутопсий. В Александрии времен Герофила и Эрасистрата практика физиологических опытов на животных и вскрытия человеческих трупов становится общепринятой, а потом неожиданно прекращается. В отечественной историографии это объясняется различными религиозными запретами (Балалыкин 2014; 2016: 245–264). Такое объяснение, во-первых, абсолютизирует значимость внешних социальных факторов, а это означает, что происходит отказ от поиска возможных причин исчезновения практики анатомических вскрытий в самих конкурирующих медицинских теориях. Во-вторых, оно приводит к искажению оценок трудов Галена, так как в этом случае возникает вопрос: если религиозные табу запрещают вскрытия в Александрии конца III в. до Р. Х., то чем отличается от нее Рим конца II в.? В историографии существует мнение, что Александрия III в. до Р. Х. была либеральнее Рима II в. Отсюда стереотип: Гален будто бы не вскрывал людей, а иногда препарировал животных, экстраполируя полученные результаты на анатомию человека.

Если обратить внимание на тот факт, что отказ врачей-эмпириков от проведения анатомических вскрытий носил сознательный характер, то история медицины в период «от Герофила до Галена» выглядит иначе. Более того, следует учесть, что бессмысленность изучения анатомии была врачами-эмпириками теоретически обоснована. Слово «теоретически» выглядит в этом контексте довольно противоречиво: в современной историко-медицинской

2 См. трактаты Галена «О разновидностях болезней», «О причинах болезней», «О разновидностях симптомов» (Гален 2015: 578–604, 639–663, 700–728).

литературе под «теоретической медициной» того времени как раз и понимается герофилейская позиция, школьное учение врачей-рационалистов, по отношению к которому само название галеновского сочинения «Об учениях Гиппократа и Платона» звучит как системообразующий тезис (von Staden 1989). Напротив, врачей-эмпириков кратко характеризуют именно как отвергающих «теоретическую медицину». Новая школа врачей-эмпириков зародилась во второй половине III в. до Р. Х. как направление врачебной мысли, в рамках которого часть наследия Герофила стала оцениваться как бесполезная с практической точки зрения. Однако ученый-историк не должен забывать о крайне скудных технических и фармакологических возможностях медицины того времени. Действительно, порой получалось, что врач, преуспевший в изучении анатомии и философии, лечит не лучше, чем его менее образованный коллега. Таким образом, вначале все это выглядело как консервативная скептическая оппозиция здравого смысла, противопоставленная чрезмерному полету фантазий, реализуемых в анатомическом театре под влиянием идей Платона и Аристотеля. Кроме того, возникал резонный вопрос: насколько возможна экстраполяция данных, полученных при вскрытии трупов, на понимание устройства организма живого человека? Ведь очевидно: при умирании тело утрачивает «нечто» (античные врачи осознавали это «нечто» как одушевленность тела). Из этого следовал вывод о принципиальной разнице между живым человеком и трупом, что, в свою очередь, позволяло рассуждать о бессмысленности вскрытия мертвых тел в целях получения полезной медицинской информации.

В скором времени врачи, скептически относящиеся к изучению анатомии, обрели теоретическую основу своих взглядов – ею стала натурфилософия Ранней Стои. К началу II в. до Р. Х. оформилось учение врачей-эмпириков, которое оказывало влияние на большинство практикующих врачей. М. Фреде отмечает, что «врачи-эмпирики, появившиеся в конце III в. до н. э., придерживались взгляда, согласно которому характерной чертой всех медицинских теорий является то, что они полагаются на спорные предположения, истинность которых... не может быть установлена, разум не способен разрешить подобные вопросы окончательно» (Frede 1988: 79–98).

Характерными чертами учения врачей-эмпириков принято считать отрицание пользы любого теоретического знания о природе человека и абсолютизацию значения практического опыта. Именно с этим связывают их отказ от анатомических исследований и взгляд на медицину как искусство, передаваемое от учителя к ученику, в котором самое главное – результаты собственных наблюдений и опыт коллег. Врач-эмпирик наблюдает клиническую картину заболевания, делает определенные выводы и на основе имеющихся в его распоряжении терапевтических средств выбирает наиболее подходящую тактику лечения, учитывая предшествующий опыт (свой или

коллег) помощи другим пациентам с аналогичным заболеванием (Балалыкин 2015: 67–85).

Для достоверной реконструкции истории античной медицины следует учитывать оценки, которые Гален дает врачам-эмпирикам (его трактаты являются одним из наиболее важных источников). Однако к трудам Галена следует относиться критически: в своих сочинениях он представляет эмпириков не способными ни к какому логическому рассуждению и теоретическому осмыслению. Так, в частности, в сохранившемся фрагменте трактата «О медицинском опыте» Гален пишет: «Ты же, как я прекрасно знаю, поражаюсь, но, конечно, не моим словам, а глупости эмпириков... 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»³.

Однако врачи-эмпирики не были ограниченными людьми, какими их пытался представить Гален. Их позиция не лишена смысла: если все существующие теории в чем-то ошибаются или не до конца проясняют вопросы, стоящие перед исследователями, то можно предположить, что никакая из теорий не позволит получить истинное представление о болезни. Более того, если усилия врачей, следовавших авторитету Гиппократу, Аристотелю и других мыслителей, не привели к существенному расширению практических возможностей медицины, то, по-видимому, эти усилия не имеют смысла и их не стоит предпринимать. Врачам-эмпирикам казалось, что надежнее полагаться на определенный набор проверенных практикой представлений и подходов. Они указывали на сомнительность дискуссий по вопросам общей патологии и их конечную бесполезность для медицинской практики. Врач, осознающий личную ответственность перед пациентом, никогда не будет полагаться на предположения, в достоверности которых он не уверен. Подход врачей-эмпириков можно рассматривать как результат осторожности практического врача, избирающего охранительную тактику по отношению к своему пациенту. Врачи-эмпирики ожидали от науки своего времени доказательств истинности того или иного теоретического представления. Гален неоднократно критикует их за чрезмерное недоверие теории, указывая, что, например, даже те фармацевтические средства, которые они охотно использовали, явились результатом серьезной теоретической работы по осмыслению принципов действия их компонентов.

Врачи-эмпирики часто ссылались на ощущения и память как две способности, на которые следует полагаться. Они исходили из того, что основные симптомы болезни врач может увидеть сразу, бегло осмотрев пациента. В наши дни в лексиконе врача существует понятие «манифестирующий сим-

3 Гален. О медицинском опыте (Гален 2015: 548–549).

птом», означающее основной признак болезни, на который прежде всего обращает внимание специалист. Однако данный симптом сам по себе не может давать целостного представления о болезни, которой страдает пациент. Более того, он может быть следствием сочетанного заболевания, маскируя, таким образом, основной недуг. Врач-эмпирик считал, что его задача заключается в том, чтобы быстро поставить диагноз, исходя из того, что «манифестирующий симптом» тождественен самому заболеванию, и предложить, основываясь на собственном опыте или опыте своего наставника, наиболее подходящий в данном случае способ лечения. Эмпирики не отвергали необходимость размышлений, но принимали их на уровне здравого смысла. Врачи-эмпирики не только критиковали своих коллег, по их мнению, чрезмерно увлеченных теоретическими построениями, но и довольно часто достигали успеха в лечении страждущих, так как имели тот же арсенал лечебных средств, что и их оппоненты.

Свидетельства источников, указывающие на наличие у врачей-эмпириков четкой аргументации своей позиции, требуют соотнести их взгляды с физикой стоиков. Хотелось бы сразу обратить внимание на категориальный аппарат стоической физики⁴. Стоики выделяли четыре основные категории: субстрат, качество, состояние, определенное «изнутри», и состояние в отношении (определенное «извне») (Столяров 1995: 98). Они не дискретны: каждая последующая категория как бы раскрывает предыдущую. Стоическая онтология определяет не сущности, а явления, т.е. состояния предмета исследования в данный момент, что не позволяет объективно оценить явления, наблюдаемые в клинической практике врача. Иными словами, это предполагает возможность параллельного существования большого количества клинических феноменов, сущностно никак не связанных друг с другом, ведь на практике речь идет о разных пациентах, заболевших при разных обстоятельствах. Врач, мыслящий в этих категориях, никогда не будет пытаться понять универсальные, базовые патофизиологические реакции организма – их для него просто не существует.

Познание, по мнению стоиков, начинается с первичного источника чувственного восприятия, направляющегося от «ведущего начала» души к органам чувств (Stevens 2000: 139–168; Stocker 1987: 59–69; Striker 1996): «Стоики говорят, что ведущее начало – это высшая часть души, которая производит представления и согласия, чувственные восприятия и влечения. Эта часть и называется разумом» (Столяров 1995: 98)⁵.

Познавательный акт строится по схеме «восприятие» – «впечатление» – «согласие» – «постижение»: содержание «впечатления» («отпеча-

4 О подходах к изучению философии стоиков см.: Stoicism: Traditions and Transformations 2004; Sambursky 1959; De Lacy 1945: 246–263; Epistemology. Cambridge Companions to Ancient Thought 1990; Allen 1994: 85–113

5 Аэтий, IV 21. Перевод А.А. Столярова.

ток в душе») подтверждается в интеллектуальном акте «согласия», приводящего к «постижению», т.е. уяснению некоего предметного содержания впечатления, его смысла. Если рассмотреть эти взгляды применительно к практике медицины, то можно сказать, что итогом описанной цепочки реакций должно являться формирование у врача образа верного представления о болезни.

Так, например, в трактате «Об учениях Гиппократов и Платона» Гален резко критикует позицию Хрисиппа, который помещал «ведущее начало» души в сердце. Ведь, согласно логике Хрисиппа, следовало предположить, что именно в сердце формируется конечное интеллигибельное суждение, представляющее собой оценку врачом наблюдаемой им картины заболевания. Гален прекрасно понимал причины заблуждений, указывая на зависимость практики врачей-эмпириков от внешних впечатлений (прежде всего, «манифестирующего симптома») заболевания при диагностике и лечении).

Попытаемся разобраться, как принципы познания стоиков соотносились с алгоритмом диагностики заболеваний врачей-эмпириков. По мнению стоиков, существовало два вида представлений – «каталептическое» и «некаталептическое» (Allen 1994: 85–113; Hankinson 2003: 59–84), первое из которых считалось правильным. Согласно философии стоиков, понятия закладываются в душе как наслоения чувственных представлений, их своеобразный отпечаток (Arthur 1983: 69–78; Sandbach 1971: 9–21). Стоики настаивали, что «каталептическое представление» в точности описывает отличительные характеристики наблюдаемого объекта (Hankinson 1997: 161–216; Kidd 1989: 137–150; De Lacy 1945: 246–263), и именно этим можно объяснить упорство врачей-эмпириков, с которым они утверждали, что «манифестирующий симптом» болезни (т.е. то, что «ухватывается» прежде всего) и является самой болезнью. Таким образом, «каталептическое представление» о симптомах, моментально подмеченных опытным врачом, можно считать, с точки зрения врачей-эмпириков, верным представлением о страдании, испытываемом пациентом. Это объясняет специфический характер приема пациентов врачами-эмпириками. В. Наттон указывает на то, что они были особенно востребованы в больших городах, так как могли за короткое время осмотреть значительное число больных, поставить им диагноз и назначить лечение (Nutton 2013: 170–173). Добавим к этому опыт постановки диагноза, исходящий из ранее накопленных единообразных наблюдений, который, в сущности, сводился к приведению всех патологических проявлений к нескольким «типовым» симптомокомплексам. В то же время скрытые процессы, происходящие внутри человеческого организма, врачей-эмпириков не интересовали, что объясняет их принципиальное пренебрежение анатомией и физиологией по Герофилу. Напротив, в рамках традиции Гиппократов с ее постулатом об индивидуальном подходе каждому больному уделяется зна-

чительное время: именно поэтому Гален посещал одного-двух пациентов в день и проводил длительные консилиумы и клинические разборы.

Еще одним фундаментальным понятием, оказавшим существенное влияние на формирование медицинской практики школы врачей-эмпириков, является «пневма». В стоической философии именно пневме отводятся основные функции в реализации единства космоса и существования живых существ. Пневма не просто часть физики стоиков – она выступает как главная движущая сила и всеобщая связь вещества, обладающая характеристиками «тонкости» и «напряжения» (Inwood 2003: 1–6; Sedley 1999: 382–411). С. Самбурский обращает внимание на динамический континуум (единство космоса и материальных тел как его части) как главное в физике стоиков (Sambursky 1959). Р. Дж. Хэнкинсон указывает на любопытный момент в трактовке стоиками функции пневмы, имеющий значение для медицины: пневма как динамическая субстанция, пронизывающая мир, на своем самом низком уровне отвечает за связность материальных объектов, на более высоком – за организацию функционирующего и самовоспроизводящегося организма (Hankinson 2003: 295–309). Хрисипп считал, что физические состояния тел невозможно понять вне их духовного начала, связывающего их и сообщающего им соответствующие свойства (Bobzien 1999: 92–125). Согласно физике стоиков, мир имеет целостное строение, являясь одновременно материальным и живым. В этом случае «пневма» – это не дух в платоновско-аристотелевском смысле, а такое же тело, как и все остальное. Следовательно, душа, по представлению стоиков, является телесной, «это предшествующий способностям субстрат, а из объединения субстрата и способностей образуется сложная природа, состоящая из неподобных частей»⁶.

Согласно мнению стоиков, «душа слита с телом», и «они ... живут воедино, и этот образ жизни состоит во взаимоучастии или взаимосмешении во всем живом организме». Одни способности души различаются «сообразно подлежащим им телам», другие – «своеобразием качества применительно к одному и тому же субстрату...» (Столяров 2002: 96). В стоической философии именно пневма активна и присутствует во всех телах, разнообразие которых зависит от ее «напряжения» (ἔξις). Именно состояние «напряжения» пневмы определяет физическое состояние тела (Sedley 1982: 255–275; Sedley 2003: 7–32).

Стоики считали пневму причиной, которая действует целенаправленно. Целенаправленность они расценивали не как действие духовных или надприродных сил (как Платон и Аристотель), а как естественную характеристику материи. В таком случае ее механические, оптические, тепловые и другие свойства имеют общую сущность и являются взаимозависимыми. С одной стороны, такая взаимозависимость очевидна любому врачу, с другой – меха-

⁶ Цит. по: Столяров 2002: 96.

низмы ее объяснения могут быть разными. Врачи-эмпирики связывали сбалансированность внутренней среды организма с функцией пневмы – в этом случае равновесие метаболизма становилось следствием общего единства космоса и не требовало иных объяснений. Такой взгляд на организм предполагал существование порядка обмена веществ и уровней психических функций, определяющихся пневмой: для животных – чувственное восприятие и применение силы по своей воле, для людей – еще познание и понимание. Р.Дж. Хэнкинсон попытался сравнить представления о пневме, имеющиеся у стоиков, Гиппократов, Аристотеля, Диокла, Эрасистрата и Галена. Однако из текста Р.Дж. Хэнкинсона видно, сколь разные смыслы вкладывают в понятие «пневма» стоики и врачи-рационалисты (Hankinson 2003: 295–309). Фактически речь идет о некоей божественной природе материи, понимание которой в современных исследовательских категориях можно было бы охарактеризовать как пантеистическое. Кроме того, вещество, из которого, по представлению стоиков, состоит тело конкретного человека, находится в зависимости от «логоса» (или деятельного принципа), который обожествляется и отождествляется с «творческим огнем» (Sambursky 1959; Sedley 1982: 255–275; Sedley 2003: 7–32; Столяров 1995: 106, 110; Frede 1994: 50–63; Topics in Stoic Philosophy 1999).

Необходимым условием выживания человеческого организма является поддержание постоянной температуры тела. С. Самбурский видит в представлении стоиков о пневме аналогию с идеей изонимии (представлением о здоровье как равновесном состоянии организма), предложенной Алкмеоном, и в силу этого нечто сходное со способом мышления, характерным для школы Гиппократов (Sambursky 1959: 2). Однако ничего общего в образе мыслей стоиков с гиппократовским представлением о здоровье мы не видим, если не считать таковыми элементарные, бытовые наблюдения (например, возможность смерти человека от переохлаждения). Объяснение стоиками роли пневмы никак не способствует поиску физиологических законов функционирования человеческого тела. Очевидно, что любая физическая теория прежде всего должна была объяснять процесс дыхания как одну из основных физиологических функций и характерный признак существования живого. Отождествление пневмы с душой живых организмов и объяснение с помощью этого понятия функции дыхания приводит к появлению стоической гипотезы о составе пневмы как смеси воздуха и огня. Безусловно, такое представление о пневме имеет определенные параллели с концепцией «внутреннего тепла», воспринятого Платоном из сицилийской традиции. Телеологический характер действия «внутреннего тепла», объясняемый Платоном с помощью математических идеальных объектов, существенно отличается от необъяснимого с точки зрения физиологических процессов движения пневмы у стоиков.

В медицине (от Гиппократов и до наших дней) задача исследователя заключалась в том, чтобы понять механизмы саморегуляции человеческого тела. Именно в Античности была осуществлена умозрительная попытка теоретически обосновать разделение внутренней среды человеческого организма и окружающей его внешней. Во-первых, уже в «Корпусе Гиппократов» эта внешняя среда воспринимается как источник неблагоприятных воздействий на человеческий организм, однозначно понимаемых как патогенные. Во-вторых, в учении Галена пневма делится на внешнюю и эндогенную. Дыхание понимается как процесс поступления в организм через легкие и через кожу внешней пневмы и преобразование ее во внутреннюю – субстанцииально совсем иную. Именно по этой причине можно использовать термин «эндогенная пневма», т.к. она образуется внутри человеческого тела. Следует обратить внимание на соответствие трех видов эндогенной пневмы (по их локализации и функциям) трем частям человеческой души: «растительный дух» образуется в печени и выполняет вегетативную функцию; «жизненный дух» – в сердце, движется по артериям и, наряду с артериальной кровью, отвечает за жизнедеятельность частей тела; «животный», или «психический», дух образуется в головном мозге и перемещается по нервам, обеспечивая чувствительные и двигательные реакции. Таким образом, психическая пневма (дух) в системе взглядов врачей гиппократиков-рационалистов как раз и является тем субстратом, с помощью которого высшая разумная часть души управляет телом.

Стоики полагали, что душа человека состоит из восьми частей: главной, управляющей части – «ведущего начала», пяти чувств (зрения, слуха, обоняния, осязания, вкуса), а также способностей к репродукции и речи. Обратим внимание на существенную разницу между стоической и платоновской традицией: у Галена душа человека состоит из трех частей, а чувства являются лишь функцией соответствующей части, реализующейся с помощью нервов – чувствительных и двигательных. Разумеется, здесь речь идет не о том, что Платон понимал анатомию и функцию нервов, а о традиции в целом – в том виде, в котором она сформировалась от Платона до Галена, с учетом основополагающих открытий Герофила (Балалыкин 2014; Гален 2015: 781–796; Балалыкин 2015: 66–85). По мнению стоиков, пять чувств (т.е. частей единой души) на практике реализовывались через контакт с исследуемым физическим объектом. Например, зрение как физиологическая функция понималось как «пневма, простирающаяся от ведущей части души до глаз»⁷.

В этом описании заложена безупречная внутренняя логика: если тело человека существует в континууме напряжения единой среды (пневмы), то вполне естественно, что та часть пневмы, которая составляет «ведущее

⁷ Аэгий, IV. 21. Цит. по: Столяров 2002: 96.

начало», через пневму, окружающую человеческое тело, вступает во взаимодействие с материальным объектом. Очевидно, что подобное объяснение механизма зрения не предполагает осмысление его в качестве физиологической функции и исключает интерес к анатомии глаза. Действительно, понимание зрения как сознательного акта деятельности пневмы, исходящей из «ведущего начала» через ее циркуляцию к объекту и от него, делает ненужными исследования Герофила в области анатомии органов зрения. Так, Хрисипп сравнивал «ведущее начало» с пауком, сидящим в центре сплетенной им паутины: «Подобно тому, как паук в центре паутины держит ногами кончики всех нитей, и если насекомое где-нибудь попадает в сеть, он тут же это чувствует, так и ведущее начало души, расположенное в средоточии сердца, управляет началом всех ощущений, так что если какое-то ощущение возникает, оно тут же его распознает»⁸. Известно также сравнение «ведущего начала» и испускаемых им лучей пневмы с осьминогом и его щупальцами, простирающимися в разные стороны (Sambursky 1959: 24). Критика Галеном воззрений Хрисиппа в тексте «Об учениях Гиппократов и Платона» позволяет нам достаточно четко реконструировать аргументацию стоиков: она носит умозрительный характер, исключая данные анатомических исследований.

Расплывчатость интерпретаций функции пневмы проявляется в описании познания как физиологического процесса. «Ведущее начало», или «управляющая часть души», является, по сути, непроясняемым в анатомическом плане, но абсолютно самодостаточным центром реализации всех процессов нервной деятельности (вспомним аналогию с пауком, таящимся внутри паутины). В рамках философской системы стоиков подобная интерпретация выглядит логичной, однако для развития методов познания в медицине совершенно бессмысленной (Sambursky 1959). Поток пневмы, устремляющийся из «ведущего начала», встречается с потоками пневмы (волнами), приходящими извне, – так и рождается чувственное впечатление. Такая умозрительная картина физиологического процесса порождает не менее умозрительные ее объяснения. Например, для описания зрения используется понятие «оптическая пневма», излучаемая «ведущим началом» в направлении к глазу (Brunschwig 1994; Caston 1999: 145–213; Long, Sedley 1987; Sedley 1985: 87–92; De Lacy 1945: 246–263).

С. Самбурский усматривает связь между развитием стоиками теории причинности и вниманием врачей к вопросу этиологии. Он предположил, что развитие гиппократовских идей о причинах заболеваний находилось под влиянием стоиков. Однако и здесь, на наш взгляд, имеет место подмена понятий: наступление неотвратимых и предопределенных событий, реализующихся через напряжение пневмы, не имеет ничего общего с установлением

⁸ Хрисипп. Цит. по: Столяров 2002: 113.

причины болезни. Только решение последней задачи побуждает врача к поиску специфического фактора, который и приводит к развитию конкретной болезни. Из этого следует возможность выбора способа воздействия на нее. Важно также учесть, что уже в работах Галена появляются основы учения об индивидуальной резистентности организма (он прекрасно понимал, что воздействие одних и тех же патологических факторов на организм разных людей имеет широкую вариативность результативных проявлений). В «Корпусе Гиппократов» эти идеи были обозначены вскользь в силу отсутствия во время его написания системы взглядов, способной подкрепить предложенные принципы врачебной деятельности. Такая теория была позднее представлена Платоном и дополнена Аристотелем, что закономерно привело к появлению представлений о целостной регуляции деятельности организма в результате работ Герофила и, конечно, Галена.

Для правильного понимания образа мысли представителей различных медицинских школ следует разобраться с тем, что предшествует процессу доказательства. В философии Платона определяющее место занимает понятие «эйдос». Для Платона «эйдос» – это идея, то есть идеальный вид, род и характер идеальных (совершенных) вещей, определенным способом находящаяся внутри материальных (несовершенных) вещей. «Эйдос» – это умопостигаемая форма, существующая отдельно от единичных вещей в качестве их определяющего начала. «Эйдос» выступает у Платона как определенное проявление идеального, сам способ организации бытия. В этом смысле «эйдос» равен другому термину античной философии – идее (ιδέα) как первообразу, идеальному началу. Оба термина определяют имманентный способ бытия вещи. Кроме того, надо учитывать, что «эйдос» имеет самостоятельный онтологический статус, связанный не с миром материи, а с трансцендентным миром идей. В таком контексте взаимодействие между объектом и субъектом в процессе познания трактуется Платоном как общение (κοινωνία) между «эйдосом» объекта и душой субъекта.

В системе стоиков ключевое место занимает понятие «лектон» (The Cambridge Companion to the Stoics 2003; Lloyd 1991; Frede 1994: 109–128). В буквальном смысле это – нечто, что возникает вследствие впечатления, которое прошло проверку разумом и содержание которого можно выразить словами. Под проверкой разумом, судя по всему, следует понимать некую «обработку» эмпирического опыта со стороны «ведущего начала». А.А. Столяров указывает, что «лектон» определяется как «мыслимая предметность», т.е. высказанное разумное представление осмысливается вне прямого отношения к конкретной ситуации. «Лектон» трактовался стоиками как нечто безразличное, лишённое положительной или отрицательной оценки, являлся только мыслительной конструкцией, связанной со словом (языковыми играми). Таким образом, лектон не имеет никакой идеальной сущности, это просто игра

ума, иными словами, некое «обозначаемое». «Лектон» – это чистый смысл, а физический предмет есть та или иная телесная субстанция, с которой «лектон» соотнесен, но сам по себе он не является ни телесной, ни духовной субстанцией. Поэтому «истинность» или «ложность» у врачей, следовавших философии стоиков, не «аподиктична» в платоновско-аристотелевском смысле, а вероятностна, «диалектична» (иными словами, они с одинаковой убежденностью могли сказать, что нечто существует или, напротив, не существует).

Обратим внимание на сущностную разницу значений понятий «эйдос» у Платона и «лектон» у стоиков применительно к медицине. Отличие античных медицинских школ в практике врачевания основывалось на разных методологических принципах. Врачи-гиппократики с помощью аподиктического метода доказательства и идеи определяющего начала, в качестве которого выступал «эйдос» Платона, могли сосредоточиться на изучении имманентных закономерностей развития заболеваний и устройства организма человека. Врачи-эмпирики, используя принципы познания стоиков, были полностью сосредоточены на результатах непосредственного наблюдения и вероятностном содержании (вследствие использования гипотетического силлогизма) полученных на его основе мыслительных конструкций (т.е. именно того, что обозначалось термином «лектон»), что исключало постановку задачи получения достоверного знания о сущности заболевания и способах его лечения.

Врач-гиппократик, картина мира которого была сформирована в рамках платоновско-аристотелевской традиции, и который, в принципе, допускает существование идеально здорового человеческого тела, естественным образом обращается к анатомическим исследованиям. Исходя из этого становится понятной исследовательская программа Герофила: во-первых, он ищет факты, необходимые для описания нормальной анатомии и физиологии человека по принципу «как устроен идеально здоровый человек?»; во-вторых, он допускает искажение идеальной анатомо-физиологической системы под воздействием внешних факторов, приводящих к развитию заболевания; в-третьих, ему понятен сам подход описания внутренней среды человеческого тела в категориях идеального «красиса» или «дискразии», наоборот, описывающей состояние болезни. Все это является следствием осмысления материального мира сквозь призму «эйдоса».

Напротив, «лектон» представляет собой некий смысл, совпадающий с той или иной клинической ситуацией, носящий для врача сугубо ситуативный характер. Этот субъективно трактуемый смысл наблюдаемого врачом-эмпириком явления и определяет его тактику лечения. Именно поэтому врач-эмпирик искренне убежден в адекватности описания клинической ситуации с помощью умозрительной языковой игры, связанной условным смыслом. При этом, как ни парадоксально, он удаляется от гиппократовского принципа индивидуального подхода к пациенту и склонен к предельной схе-

матизации лечения. Вероятностный характер суждений обесценивает связь между внешними проявлениями болезни и ее внутренними механизмами, скрытыми от непосредственного наблюдения. Более того, отсутствие интереса к анатомическим исследованиям у врачей-эмпириков связано с тем, что в основе теории и практики медицины лежали представления о принципах познания стоиков, существенно отличавшиеся от эпистемологии Аристотеля. Стагирит пытался установить внутреннюю связь понятий – вида и рода, частного и общего и т.д., следствием чего становится идея зоологических рядов и внимание к сравнительной анатомии. Мышление врача-эмпирика сосредоточено на конкретных эмпирических обстоятельствах. На практике это означает соотнесение мгновенно «схваченной» картины «манифестирующих симптомов» заболевания и существующих способов лечения. Каталептическое представление, с помощью которого постигается конкретный случай, является истинным в конкретный момент времени, поэтому нет никакого смысла в построении сложных патогенетических схем.

Логические построения стоиков и структура аргументации, сложившаяся в рамках платоновско-аристотелевской традиции, имеют разное смысловое значение для развития античной науки.

Гносеология стоиков как антипод платоновско-аристотелевской исходит из того, что опыт есть источник познания, а «идеи» Платона – лишь отвлеченные понятия. На вопрос «Что можно знать о мире?» они отвечают, основываясь на критерии истинности сиюминутных чувственных представлений. Мышление изначально не имеет другого материала, кроме содержания ощущений. В то же время категориальный аппарат рациональной медицины, развивавшейся в русле фундаментальных идей Платона и аристотелевской теории познания, как раз и исходит из того, что можно постичь истину, используя правильные законы мышления. Применительно к медицине этот процесс начинается с соотнесения базовых понятий здоровья и болезни. Осмысление их авторами «Корпуса Гиппократ» предполагает существование идеально здорового организма и отклонений от состояния идеала как следствия патологии. Для развития медицины важно, что «эйдос», будучи идеальным образом материального предмета, позволяет совершенно определенно конструировать представления в дихотомии «норма–патология».

В «эйдосе» содержится закономерность, не зависящая от нашего сознания. Категорический силлогизм представляет собой инструмент познания, с помощью которого раскрывается возможность понять сущность идеальной закономерности (заложенной в «эйдосе») с помощью эмпирических фактов, с одной стороны, и правильных законов мышления – с другой. Очевидно, что целостная систематика мира живых существ, сравнительная анатомия и, применительно к медицине, идея последовательного, взаимосвязанного протекания в организме патологических процессов с установлением

четкой классификации разновидностей болезней и их симптомов возможна только в рамках такой логики. Нетрудно заметить, что учение врачей-эмпириков, тщательно избегающее абсолютизации оценок физиологического состояния организма в дихотомии «норма–патология», основу которого составляет практический анализ конкретного симптомокомплекса, связано с гносеологией стоиков. В качестве универсального критерия истины ранние стоики используют понятие «каталептического представления», настаивая, что оно в точности описывает отличительные характеристики наблюдаемого объекта (Everson 1990: 225–250; Frede 1988: 79–98; Brennan 1996: 318–334; Sandbach 1971: 9–21).

Нашей задачей не является специальный анализ формальной логики стоиков – это дело историков философии. Однако есть обстоятельства важные для понимания влияния стоицизма на медицинскую практику врачей-эмпириков. Главный инструмент познания для них – гипотетический силлогизм (Bobzien 1996: 133–192; Bobzien 1997: 299–312; Bobzien 2000: 87–137). Это означает, что у стоиков высказывание «истинное–ложное» сводится не к представлениям о вещах и к истинному постижению их сущности, а к логическому высказыванию, или утверждению, – сознательному обобщению результатов чувственного впечатления об этих вещах. Здесь важно мнение стоиков об «утверждении»: «Утверждением является то, что либо истина, либо ложь». В данном случае истинность и ложность – лишь свойства утверждений, и быть истинным или ложным – значит являться как необходимым, так и достаточным условием для того, чтобы что-то было утверждением. Иначе говоря, истинность у стоиков имеет не сущностное значение, которое мы встречаем у Платона и Аристотеля, а характер гипотетического высказывания.

Подход врачей-эмпириков к медицине, беспощадно критикуемый Галеном, – естественный результат развития их натурфилософских взглядов, основанных на принципах познания стоиков. С позиции современных методов познания в медицине все кажется очевидным – анатомические вскрытия дают наглядное решение этого вопроса: нервы исходят из головного мозга, сосуды – из сердца. Вместе с тем стоиками, на основании умозрительных посылок и спекулятивных аргументов, построенных на гипотетическом силлогизме, утверждается нечто противоположное результатам, полученным при проведении анатомических вскрытий. Исходя из этого, врачи-эмпирики на протяжении нескольких сотен лет игнорировали экспериментально обоснованные открытия Герофила.

Литература

1. Балалыкин Д.А. Медицина Галена: традиция Гиппократова и рациональность античной натурфилософии // Гален. Сочинения. 2015. Т. II. С. 5–106.
2. Балалыкин Д.А. О проблеме периодизации истории медицины // История медицины. 2016. Т. 3. № 3. С. 245–264.

3. Балалыкин Д.А., Щеглов А.П., Шок Н.П. Гален: врач и философ. М., 2014. 416 с.
4. Гален. О медицинском опыте // Гален. Сочинения. Т. II. 2015. С. 548–552.
5. Гален. О причинах болезней // Гален. Сочинения. Т. II. С. 639–663
6. Гален. О разновидностях болезней // Гален. Сочинения. Т. II. С. 578–604.
7. Гален. О разновидностях симптомов // Гален. Сочинения. Т. II. С. 700–728.
8. Гален. Сочинения. Т. III. / под. общ. ред. Д.А. Балалыкина. М.: Практическая медицина, 2016. 560 с.
9. Столяров А.А. Стоя и стоицизм. М., 1995. 448 с.
10. Фрагменты ранних стоиков. Т. II. Хрисипп из Сол. Ч. 2. Физические фрагменты / Пер. и коммент. А.А. Столярова. М., 2002. 272 с.
11. Allen J. Academic probabilism and Stoic epistemology // *Classical Quarterly*. 1994. Vol. 44. P. 85–113.
12. Arthur E.P. The Stoic analysis of mind's reactions to presentations // *Hermes*. 1983. Vol. III. P. 69–78.
13. Bobzien S. Logic: The Stoics (part one) // *The Cambridge History of Hellenistic Philosophy*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999. P. 92–125.
14. Bobzien S. Stoic Syllogistic // *Oxford Studies in Ancient Philosophy*. 1996. Vol. 14. P. 133–192.
15. Bobzien S. The Stoics on Hypotheses and Hypothetical Arguments // *Phronesis*. 1997. Vol. 42. N 3. P. 299–312.
16. Bobzien S. Wholly hypothetical syllogisms // *Phronesis*. 2000. Vol. 45. P. 87–137.
17. Brennan T. Reasonable Impressions in Stoicism // *Phronesis*. 1996. Vol. 41. N 3. P. 318–334.
18. Brunschwig J. *Papers in Hellenistic philosophy*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994. 292 p.
19. Caston V. Something and Nothing: The Stoics on Concepts and Universals // *Oxford Studies in Ancient Philosophy*. 1999. Vol. 17. P. 145–213.
20. De Lacy Ph. The Stoic categories as methodological principles // *Transactions and Proceedings of the American Philological Society*. 1945. Vol. 76. P. 246–263.
21. *Epistemology*. Cambridge Companions to Ancient Thought. Vol. 1. Cambridge, 1990.
22. Everson S. An Empiricist view of knowledge: memorism. 1990. P. 225–250.
23. Frede M. The Empiricist Attitude towards Reason and Theory // *Apeiron*. 1988. Vol. 21. N 2. P. 79–98.
24. Frede M. The Stoic Conception of Reason // *Hellenistic Philosophy* / Ed. K.J. Boudouris. Athens, 1994. P. 50–63.
25. Frede M. The Stoic Notion of a Lekton // *Language*. Cambridge Companions to Ancient Thought. Vol. 3. / Ed. S. Everson. Cambridge: Cambridge University Press, 1994. P. 109–128.
26. Hankinson R.J. Natural Criteria and the Transparency of Judgement: Antiochus, Philo and Galen on Epistemological Justification // *Assent and Argument: Studies in Cicero's Academic Books* / Eds. B. Inwood, J. Mansfeld. Leiden: Brill, 1997. P. 161–216.
27. Hankinson R.J. Stoic Epistemology // *The Cambridge companion to the Stoic* / Ed. B. Inwood. Cambridge, 2003. P. 59–84.
28. Hankinson R.J. Stoicism and Medicine // *The Cambridge Companion to the Stoics* / Ed. Inwood. Cambridge, 2003. P. 295–309.
29. Inwood B. Introduction: Stoicism, An Intellectual Odyssey // *The Cambridge Companion to the Stoics* / Ed. B. Inwood. Cambridge: Cambridge University Press, 2003. P. 1–6.
30. Kidd I.G. Orthos Logos as a Criterion of Truth in the Stoia // *The Criterion of Truth: Essays written in honor of George Kerferd together with a text and translation (with annotations) of Ptolemy's On the Criterion and Hegemonikon* / Eds. P. Huby, G. Neal. Liverpool: University of Liverpool Press, 1989. P. 137–150.
31. Lloyd G.E.R. *Methods and Problems in Greek Science. Selected Papers*. Cambridge: Cambridge University Press, 1991. 472 p.

32. Long A.A., Sedley D.N. The Hellenistic Philosophers. Cambridge: Cambridge University Press, 1987. 528 p.
33. Nutton V. Ancient medicine. London, New York: Routledge, 2013. 486 p.
34. Sambursky S. Physics of the Stoics. Princeton: Princeton University Press, 1959. 156 p.
35. Sandbach F.H. Phantasia Katalêptikê // Problems in Stoicism / Ed. A.A. Long. London: Athlone Press, 1971. P. 9–21.
36. Sedley D. Stoic physics and metaphysics // The Cambridge History of Hellenistic Philosophy / Eds. K. Algra, J. Barnes, J. Mansfeld, M. Schofield. Cambridge, 1999. P. 382–411.
37. Sedley D. The School, from Zeno to Arius Didymus // The Cambridge Companion to the Stoics / Ed. B. Inwood. Cambridge, 2003. P. 7–32.
38. Sedley D. The Stoic Criterion of Identity // Phronesis. 1982. Vol. 27. № 3. P. 255–275.
39. Sedley D. The Stoic theory of Universals // Southern Journal of Philosophy. 1985. Vol. 23 (Suppl.). P. 87–92.
40. Stevens J. Preliminary Impulse in Stoic Psychology // Ancient Philosophy. 2000. Vol. 20. P. 139–168.
41. Stocker M. Emotional Thoughts // American Philosophical Quarterly. 1987. Vol. 24. P. 59–69.
42. Stoicism: Traditions and Transformations / Eds. S.K. Strange, J. Zupko. Cambridge: Cambridge University Press, 2004. 310 p.
43. Striker G. Essays on Hellenistic epistemology and ethics. Cambridge: Cambridge University Press, 1996. 335 p.
44. The Cambridge Companion to the Stoics / Ed. B. Inwood. Cambridge, 2003. 440 p.
45. Topics in Stoic Philosophy. Ed. K. Ierodiakonou. Oxford: Clarendon Press, 1999. 266 p.
46. von Staden H. Herophilus: The Art of Medicine in Early Alexandria. Cambridge: Cambridge University Press, 1989. 666 p.

ИСТОРИЯ ГИПОКСИИ: ПЕРВЫЕ ПИСЬМЕННЫЕ СВИДЕТЕЛЬСТВА И ИССЛЕДОВАНИЯ

T.C. Sorokina

Russian University of Friendship of Peoples (RUDN University)

HISTORY OF HYPOXIA: THE FIRST DOCUMENTED REPORTS AND HYPOXIA RESEARCH

T.S. Sorokina

Peoples' Friendship University of Russia (RUDN University)

Аннотация: В статье анализируются первые исторические свидетельства влияния высокогорного воздуха на организм человека (в Древнем Китае и Южной Америке), первые научные исследования гипоксии, а также возможности адаптации человека к гипоксии.

Abstract: The first documented reports of acute mountain sickness (in Ancient China and South America), the first hypoxia research and clinical study on adaptation to hypoxia are discussed in this paper.

Ключевые слова: история гипоксии, горная болезнь, акклиматизация.

Key words: history of hypoxia, acute mountain sickness, acclimatization.

Высокие и труднодоступные горы с древности почитались как обитель богов. Так, в мифологии древних греков самая высокая гора Эллады – Олимп (2.918 м), покрытая зимой сияющими на солнце шапками снега, почиталась как место обитания двенадцати главных древнегреческих богов. Именно поэтому их называли «олимпийскими богами». Их именами освещались профессиональные и священные клятвы: «Во имя богов Олимпа!», – таким образом выражалось поклонение бессмертным и всемогущим богам, которым были доступны высокие и недостижимые горные вершины.

Но для человека воздух высокогорья был опасен и пагубен. Люди знали это уже в глубокой древности и, по меткому замечанию А. Гумбольдта, боялись гор гораздо в большей степени, чем восхищались ими (Гиппенрейтер 1987: 10); селились они в долинах и предгорьях – там, где было легче дышать и поддерживать свое существование.

В то же время храмы в честь богов строили на склонах гор, в доступных для человека местах. Примером тому служит знаменитое Святилище Аполлона в Дельфах, воздвигнутое в VI – IV вв. до н.э. на склоне священной горы Парнас. Объяснялось это, с одной стороны, стремлением человека приблизиться к обители богов; а с другой – паломничество в труднодоступные места считалось проявлением подвижничества. Но есть у этого явления и другая сторона: частое и регулярное посещение храмов, расположенных на высоте 1–2 км, лишь укрепляло организм, делало его устойчивым к ударам судьбы и болезням.

Однако первое письменное сообщение о влиянии условий высокогорья на организм человека относится лишь к IV в. до н.э.

Об этом сообщает английский философ Френсис Бэкон (Francis Bacon, 1561–1626). Цитируя Тита Ливия (Titus Livius, 59 г. до н.э. – 17 г. н.э.), автора истории Древнего Рима, отмечает, что еще Аристотель (Aristotle, 384–322) знал, что, те, кто поднимались на гору Олимп, были вынуждены дышать через губки, смоченные в воде и уксусе, ибо воздух на вершинах очень сух и не годится для дыхания (Houston 1980). О том же писал и Роберт Бойль (Robert Boyle, 1627–1691) в 1666 г., также ссылаясь на Аристотеля в своей книге «Новые физико-механические эксперименты, касающиеся упругости воздуха и его эффектов» (New experiments physio-mechanical touching the spring of the air) (Boyle 1666).

В литературе имеются также опосредованные ссылки на то, что древнегреческий философ и врач Эмпедокл (Empedoklés, 490–430 гг. до н.э.) совершил восхождение на вершину самого высокого в Европе действующего вулкана Этна (3.263 м) в Сицилии.

Несколькими годами позже древнегреческий историк Ксенофонт (Xenophon, 430–355 гг. до н.э.) описал переход воинов Кира Младшего через высокие армянские горы, – десятитысячное войско понесло тогда большие

потери. Та же участь постигла и стотысячное войско знаменитого Ганнибала в 218 г. до н.э. в Пиренеях и Альпах. Потеряв в горах множество воинов, он все-таки преодолел высокие перевалы и победил врага, неожиданно свалившись на римлян из-за высоких и неприступных гор (Гиппенрейтер 1987: 9).

Однако первым исторически достоверным письменным свидетельством о пагубном влиянии воздуха высокогорья на человека (и домашних животных) остаются китайские хроники Западной Ханьской династии, относящиеся к 30-м годам до н.э. Летописец сообщает, что придворный сановник Тоо Кин (Тоо Кин) посоветовал императору Чунг Ти (Chung Ti), правившему в 37–32 гг. до н.э., не посылать караван из сотни человек в западные земли через горные перевалы Тибета:

«Когда кто-либо подходит к Большой горе Головной боли и к Малой горе Головной боли, также как к Красной горе или Горе Жара, человека бросает в жар, лицо его бледнеет, голова раскалывается от боли, и начинается рвота. Даже ослы и свиньи приходят в подобное состояние» (Gilbert 1983: 316).

«Пешие и конные держатся друг за друга и идут вперед, держась за канаты на протяжении 2000 ли (1000 км), пока не достигнут Хинду Куш. К тому времени половина животных падает замертво в ущельях. А если упадет человек, спасти его уже невозможно. Нет слов, чтобы описать, как все это ужасно и опасно» (Gilbert 1983: 322).

Это самое первое достоверное описание горной, или высотной, болезни. Сделанное две тысячи лет тому назад, оно, по всеобщему признанию, стало первой золотой страницей в истории гипоксических состояний и высокогорной медицины (Houston 1980; Gilbert 1981).

Американский исследователь Даниэл Гилберт (Daniel Gilbert), проанализировавший современные маршруты перехода из Китая в Центральную Азию, показал, что в древности этот путь мог проходить через гималайский хребет Каракорам или через Памир. Самым трудным участком этого пути является перевал Килик на высоте 4.827 м над уровнем моря. Используя данные L.Pugh, изучавшего давление на разных высотах, Гилберт установил, что барометрическое давление на этом перевале составляет около 430 мм рт. ст. (т.е. на 43% ниже, чем на уровне моря); при этом парциальное давление кислорода в легочных путях, насыщенных парами воды, соответствует 80 мм рт. ст. (Ward 1975: 323) (Gilbert 1983: 323).

Четыре столетия спустя, около 403 г., китайский монах Фа Сянь (Fa Hsien) описал гибель своего спутника от горной болезни во время перехода из Кашмира в Центральную Азию через перевал в Каракоруме (5.690 м), он погибал с пеной на губах, что характерно для острого отека легких (Fa Hsien 1965).

Первое описание горной болезни на Американском континенте появилось значительно позже – в XVI в. и связано с историей завоеваний европейцами Империи инков. Цивилизация инков процветала в Андах между 1100 и

1532 г. У них не было письменности, и первое в истории Америки описание этой болезни дал испанский монах-иезуит Хосе де Акоста (José de Acosta, 1540–1600). В период конкисты он провел в Перу почти 20 лет (между 1569 и 1589 гг.) и в 1590 г. закончил книгу о Новом Свете «Historia Natural y Moral de las Indias» (Acosta 1590), которая вскоре была переведена на многие европейские языки. В 9-ой главе Акоста описывает трудности перехода через Анды, который он совершил в 1572 г., пройдя через самый высокий перевал Эскалерас (около 4.800 м.) в горах Париакака:

«В Перу есть очень высокий горный хребет, который они называют Париакака. Я слышал о болезни, которая приключается в горах, и поэтому подготовился к переходу как можно лучше, следуя наставлениям тех, кого здесь называют гидами или следопытами. И несмотря на все мои приготовления, когда я взшел на перевал Эскалерас (как они его называют) – самую высокую часть хребта Париакака, я почти мгновенно почувствовал такие ужасные боли, что был готов свалиться с коня на землю. Нас было много; и каждый бросился бежать, не дожидаясь компаньонов, лишь бы поскорее исчезнуть из этого дьявольского места. Я остался один с индейцем, которого уговорил остаться помочь мне удержаться в седле. Немедленно началась тошнота и такая рвота, что я думал, душа покинет меня, ибо меня рвало тем, что я съел, слизью, желчью, и опять желчью желтой и зеленой, и, наконец, кровью при жутких спазмах желудка. Должен сказать, если бы это продолжалось дольше, я бы наверняка умер, но это длилось не более трех или четырех часов, пока мы не спустились туда, где воздух был более приятным. Там я встретил всех моих компаньонов, 14 или 15 человек, очень уставших. Некоторые были готовы исповедоваться, так как думали, что уже умирают. Другие спешили, потому что их рвало, и мучил понос, они потеряли ориентацию; потом мне говорили, что некоторые из них умерли после этого перехода. Я видел также человека, который валялся на земле, крича от невыносимой боли, которую причинил ему этот переход через Париакаку. Однако ни у кого не было никаких телесных повреждений, кроме временного истощения и гнетущей печали» (Gilbert 1983: 329).

Это первое исторически достоверное описание высотной болезни на Американском континенте (1590). Акоста принял ее за «морскую болезнь на суше».

Привлекает внимание интересный факт: Акоста упрямил проводника-аборигена остаться с ним и помочь удержаться в седле. Это означает, что абориген не только относительно хорошо себя чувствовал, но и был в состоянии помогать другим. Следовательно, местные жители были адаптированы к условиям высокогорья. Более того, из рассказа Акосты следует, что среди европейцев отмечалась различная индивидуальная устойчивость к условиям высокогорья, причем она возрастала при повторных восхождениях:

«Те, кто поднимаются в горы прямо от морского берега, страдают гораздо больше, чем те, которые уже возвращались с гор на высокогорные плато» (Gilbert 1983: 329).

Иными словами, Акоста пишет о высотной акклиматизации и адаптации организма при повторных восхождениях или, говоря современным профессиональным языком, о феномене естественной гипоксической тренировки в Андах.

Местные жители с глубокой древности были хорошо знакомы с острой горной болезнью (местное название – «soroche»). Более того, в течение столетий инки знали средство ее профилактики – листья коки, которые они жевали, поднимаясь в горы. Это растение ценилось выше золота:

«... в определенных горных долинах есть у них растение; называют его «кока», и ценится оно у индейцев выше золота и серебра. Свойства его уникальны: опыт показывает, что тот, кто жует его листья, не чувствует ни холода, ни голода, ни жажды» (Sutton 1971: 244).

Такими словами в 1555 г. описывал коку испанский врач Де Зарате (De Zarate). Но кока давала лишь временный эффект, приглушая проявления этой болезни: головную боль, тошноту, рвоту, потерю аппетита, бессонницу и усталость.

Интересно и другое наблюдение Акосты:

«Париакака – одно из самых высоких мест Юнивёса; место это абсолютно необитаемо: там нет ни животных, ни птиц, кроме викунии, и воздух там более тонкий, чем тот, которым может дышать человек» (Gilbert 1983: 332). «И болезнь эта возникает не только на горном перевале Париакака, но повсюду вдоль всего этого горного хребта» (Gilbert 1983: 329).

Возникает вопрос: зачем 32-летнему испанскому монаху понадобилось с риском для жизни подниматься в горы на высоту более 4.800 м? Ответ один – конкиста. Важно отметить, что в то далекое время не было вольных путешественников по горным перевалам. Эти рискованные переходы предпринимались только в определенных целях. В Азии таким двигателем была торговля, – Шелковый путь через горные перевалы. В Америке – конкиста. Приплыв к берегам Нового Света, европейцы поднимались в Анды и преодолевали их перевалы с одной целью – завоевание аборигенов и их земель. Именно по этой причине монах Акоста в 1572 г. покорил высоту в 4.800 м, практически равную той вершине, с которой в 1786 г. началась история альпинизма (Mont Blanc, 4.807 м).

Здесь необходимо отметить, что в разных регионах земного шара синдром острой горной болезни (у неакклиматизированных людей) возникает на разных высотах: на Эльбрусе – на высоте 2.500–3.500 м, а в Андах, Гималаях и горах Африки на больших высотах – от 4.500 м и более (Колчинская 1991: 76).

Между двумя приведенными выше первыми документальными свидетельствами о горной болезни – в Древнем Китае (30-е годы до н.э.) и средневековой Америке (1572) – дистанция в 1.600 лет. Эти уникальные исторические документы, подробно изученные Гильбертом (Gilbert 1983), проливают свет на начальный, эмпирический этап изучения гипоксии. Как истинный исследователь, Даниэл Гильберт повторил переход Акосты и преодолел путь от Лимы до Куско (Gilbert 1983: 343). Это позволило ему точно установить маршрут, определить высоты (до 4.800 м), условия и трудности перехода.

Отметим также, что в первые десятилетия колонизации Южной Америки конкистадоры неожиданно столкнулись еще с одной проблемой – рождаемости в условия высокогорья (Гиппенрейтер 1987: 14–15). У аборигенов рождение ребенка, его рост и развитие протекали нормально. Интересно отметить, что до прихода европейцев домашних млекопитающих в доколумбовой Америке не было, и матери кормили младенцев грудью в течение 3–4 лет (Ланда 1955: 140, 159); возможно, поэтому их дети были крепкими и выносливыми. В то же время у жен конкистадоров, недавно поселившихся в горах, беременность протекала патологически, а новорожденные умирали, едва появившись на свет (Sobrevilla 1968).

Европейцы не сразу поняли, что причина заключалась в неблагоприятном воздействии высокогорья на репродуктивную функцию. Решение проблемы было найдено не сразу. Об этом сообщает А. Каланча (Calancha 1639), составивший в 1639 г. историю города Потоси (Potosí), расположенного в современной Боливии на высоте около 4.000 м. В городе проживало 20 тыс. испанцев и 100 тыс. аборигенов, и только у испанцев новорожденные умирали в течение первых недель. Тогда испанские женщины стали до родов спускаться вниз в равнинные местности и там рожать и растить детей в течение первого года их жизни. Так продолжалось более 50 лет, и только в 1584 г. у пришельцев выжил первый ребенок, родившийся в Потоси. Это подтверждает мнение о том, что адаптация к обитанию на больших высотах – длительный процесс, «для которого может быть недостаточно жизни одного поколения» (Monge 1948).

В испанской литературе того времени описан также «бесплодный город» Хауха (бывшая столица древнего Перу), расположенный на высоте 3.500 м над уровнем моря. Первоначально его называли «стерильным городом», так как безуспешно было разводить там домашнюю птицу, свиней и лошадей, которых до конкисты в Америке не было. Однако столетие спустя положение нормализовалось, и город этот превратился в процветающий центр животноводства, где успешно разводили домашних животных, снабжая продуктами даже благополучные равнинные города, включая Лиму (Cobo 1653).

Высокогорье долгое время оставалось загадкой. Уровень знаний того времени не позволял понять сущность природных явлений, так же как и

ужасных страданий, которые причинял людям «тонкий» высокогорный воздух. В Древнем Китае, например, даже существовало поверье о том, что высоко в горах на человека нападают свирепые горные драконы, от которых нет спасения (Houston 1998: 76).

Истинное понимание этих явлений стало возможным лишь спустя столетия, после открытия кислорода, сделанного независимо друг от друга двумя учеными – шведским аптекарем и химиком К.В. Шееле (K.W. Scheele, 1771) и английским теологом и химиком Дж. Пристли (J. Priestley, 1772), а также после блистательных опытов А. Лавуазье (A. Lavoisier) с «кислото-рождающим» газом (1774–1786), которому он и дал это название – «оxygenium» (1779).

К концу XIX столетия, когда была изучена структура респираторной системы живого организма и выяснены некоторые аспекты метаболизма в тканях, было установлено, что потребление кислорода и образование углекислого газа зависят от физиологических потребностей организма.

Однако первые научные наблюдения за влиянием на организм разреженного воздуха стали возможны только благодаря использованию барокамер. Пробразом современной барокамеры стал «воздушный сосуд» Роберта Гука (Robert Hooke, 1635–1702), сконструированный в 1677 г. Однако «отцом высотной физиологии» стал Поль Бер (Paul Bert, 1833–1886) (Houston 1998: 254). В 1871–1874 гг. он представил в Академию наук Франции результаты экспериментов в барокамере собственной модификации. Изучая влияние изменений повышенного и пониженного барометрического давления на организм, он «поднимал» в ней животных (воробьев, морских свинок, лягушек) и людей (начав при этом с самого себя) на различные «высоты», почти до вершин Эвереста (до 8.800 м). Бер показал, что причина острой высотной болезни заключается в уменьшении парциального давления кислорода, в то время как вдыхание обогащенного кислорода снимает неблагоприятный эффект.

Случившаяся в 1875 г. трагическая гибель двух французских воздухоплатователей (Cocce-Spinelli и Sivel), поднявшихся на воздушном шаре «Зенит» на высоту более 8.600 м (Гиппенрейтер 1987: 32-33) глубоко потрясла Бера (он участвовал в подготовке этого полета и был другом погибших). «... Эти борцы науки своей смертью указали опасность подобных путешествий, чтобы другие научились вернее предвидеть опасности и избегать их», – писал третий участник этой экспедиции Г. Тиссандье (Tissandier), чудом оставшийся в живых (Тиссандье 1899). Вскоре после этой трагедии Бер завершил свой знаменитый фундаментальный труд «La pression barometrique» (1878), заложивший основы современной авиационной и космической медицины, высокогорной физиологии и подводно-водолазного дела (Bert 1878). Это было первое научное обобщение достижений науки того времени, связан-

ных с влиянием горного климата на организм. Последние годы жизни Бер провел в Индо-Китае, куда был назначен в качестве генерал-губернатора.

Известие о драматическом полете «Зенита» взволновало Ивана Михайловича Сеченова (1829–1905) и побудило его к исследованию причин катастрофы. В то время состав альвеолярного воздуха не был известен, и Сеченов хотел понять, как изменяется парциальное давление кислорода в легочном воздухе в зависимости от изменений барометрического давления. Его расчеты показали, что аэронавты достигли высоты, на которой парциальное давление кислорода было столь мало (примерно 20 мм рт. ст.), что уже не могло поддерживать жизнь. Сеченов впервые осуществил детальное исследование парциального давления кислорода в альвеолах в норме и при «колебаниях воздушного давления книзу»; установил закон постоянства состава альвеолярного воздуха при нормальном барометрическом давлении и парциальном давлении кислорода; сконструировал прибор – абсорбциометр, позволявший с большой точностью анализировать поглощение газов цельной кровью и плазмой, и изучать напряжение газов в крови (Сеченов 1880, 1880, 1907). Эти исследования положили начало новому направлению в отечественной авиационной, а затем и космической медицине.

Термин «гипоксия» появился достаточно поздно – в 1941 г. Его ввел Уиггерс (C. Wiggers). До этого использовался термин «аноксия».

Одну из первых классификаций «аноксических состояний» (1920), основанную на содержании оксигемоглобина в крови, предложил Джозеф Баркрофт (Joseph Barcroft, 1872–1947). Он различал аноксическую, анемическую и застойную аноксии (Barcroft 1937). В 1932 г. Дж. Петерс (J.P. Peters) и Д. ван Слайк (D.D. van Slyke) выделили четвертый тип аноксии (гипоксии) – гистотоксическую, обусловленную повреждением окислительных механизмов в тканях (блокада окислительных ферментов клеток при отравлении цианистыми соединениями) (Ван Лир 1947).

Первая классификация гипоксических состояний, основанная на их этиологии и патогенезе, была предложена нашим соотечественником В.В. Пашутиным (Пашутин 1881) – учеником И.М. Сеченова по кафедре патофизиологии Военно-медицинской академии в Санкт-Петербурге; впоследствии эта классификация была дополнена П.М. Альбицким (1884) и Е.А. Карташевским (1906). Авторы различали гипоксию, которая может возникать в здоровом организме в результате снижения парциального давления кислорода в окружающем воздухе, и гипоксические состояния, которые формируются в процессе различных заболеваний (легких, сердца, сосудов, крови, нарушении тканевых процессов).

В середине XX в. широкое признание получила классификация Н.Н. Сиротинина (1949), дополненная впоследствии А.З. Колчинской. По этой классификации (учитывающей как экзогенные, так и эндогенные факторы

на любом из этапов транспорта кислорода) различают восемь основных типов гипоксии: гипоксическая, гипероксическая, гипербарическая, респираторная, циркуляторная, гемическая, цитотоксическая и гипоксия нагрузки (Колчинская 1963, 1981). Наиболее часто в жизни человека встречается гипоксическая гипоксия, обусловленная снижением парциального давления кислорода во вдыхаемом воздухе.

В настоящее время хорошо известно, что адаптация к гипоксической гипоксии может формироваться под влиянием различных факторов: 1) пребывание в горах, 2) барокамерные гипобарические гипоксические тренировки и 3) нормобарические гипоксические тренировки.

Идея о повторяющихся гипоксических тренировках сформировалась в связи с развитием авиации. Перед Второй мировой войной летчики летали в открытых кабинах; потолок полетов самолетов составлял 5–6 км. Считалось, что каждый здоровый летчик способен успешно работать на таких высотах. Однако в реальных полетах, в условиях кислородного голодания, летчики порой вдыхали кислород из кислородно-дыхательного аппарата (Сергеев 1962). Для того чтобы повысить «высотный потолок» и увеличить надежность работы летчиков, их стали тренировать к гипоксии в горах и в условиях барокамеры.

Одним из методов такой тренировки был многократный «подъем» летчиков в барокамерах с целью повышения их «высотного потолка». Уже первые эксперименты показали, что даже после небольшого числа «подъемов» наблюдался значительный адаптационный эффект, и легочная вентиляция заметно увеличивалась.

Барокамерные тренировки использовались и для подготовки альпинистов к восхождениям на высочайшие вершины мира. Так, в 1975 г. в Китае для ускорения адаптации к высоте 4.500 м применили ежедневные (в течение 33 дней) тренировочные «подъемы» спортсменов во время сна в барокамере до «высот» 1.250 и 2.800 м, – это дало заметный положительный эффект по всем исследуемым параметрам (Ну 1983).

Изучение адаптации человека к условиям высокогорья позволило установить, что «резерв времени» и «высотный потолок» можно успешно повышать и в процессе предварительной высокогорной акклиматизации. Это доказано исследованиями Н.Н. Сиротинина на Кавказе, Памире, Алтае и в горах Тянь-Шаня (1930–1938) (Сиротинин 1940), а также работами П.И. Егорова (1937), В.В. Стрельцова (1938), И.Р. Петрова (1949).

В современном мире метод адаптации к гипоксии в условиях высокогорья широко используется для лечения некоторых болезней (бронхиальной астмы, лейкозов и др.)

Литература

1. Ван Лир. Аносмия и влияние ее на организм / Пер. с англ. Под ред. В.В.Стрельцова. М.: Медгиз, 1947. 248 с.
2. Гиппенрейтер Е.Б., Малкин В.Б. Краткая история // Физиология человека в условиях высокогорья / Ред. О.Г.Газенко. М.: Наука, 1987. С. 7–42.
3. Колчинская А.З. К вопросу о классификации гипоксических состояний // Кислородная недостаточность. Киев: Изд-во АН УССР, 1963. С. 558–562.
4. Колчинская А.З. О классификации гипоксических состояний // Патол. физиол. и эксперим. терапия. 1981. Вып. 4. С. 3–10.
5. Колчинская А.З. Кислород. Физическое состояние. Работоспособность. Киев: Наук. думка, 1991. 208 с.
6. Ланда, Диего де. Сообщения о делах в Юкатане. 1566. М.-Л., 1955. С. 140, 159.
7. Пашутин В.В. Лекции по общей патологии. СПб., 1881. Т. 4. С. 784–789.
8. Сергеев А.А. Очерки по истории авиационной медицины. М.-Л.: Изд-во АН СССР, 1962. 300 с.
9. Сеченов И.М. Данные касательно вопроса о поступлении N и O в кровь при нормальных условиях дыхания и колебаниях воздушного давления книзу // Речи и протоколы VI съезда русских естествоиспытателей и врачей в Санкт-Петербурге с 20.XII по 30.XII 1879 г. СПб., 1880. С. 108.
10. Сеченов И.М. К вопросу о дыхании разреженным воздухом // Врач. 1880. Т. 1. № 21. С. 346–348; № 22. С. 357–358.
11. Сеченов И.М. Напряжение кислорода в легочном воздухе при разных условиях // Собр. соч. М.: Изд-во МГУ. 1907. С. 226–231.
12. Сиротинин Н.Н. Влияние акклиматизации к высокогорному климату на адаптацию к пониженному атмосферному давлению в условиях барокамеры // Арх. патол. анатомии и патол. физиол. 1940. Т. 6 Вып. 1–2. С. 35–42.
13. Тиссандье Г., Фламарион К. Путешествие по воздуху. М.: Тип. Сытина, 1899. С. 118.
14. Acosta, J. de. Historia Natural y Moral de las Indias... Sevilla: Juan de Leon, 1590.
15. Barcroft, J. Features in architecture of physiological functions. Cambridge: Univ. Press, 1934. (Основные черты архитектуры физиологических функций. М.: Биомедгиз, 1937. 317 с.)
16. Bert, P. La pression barometrique: Recherches de physiologie experimentale. Paris: Masson, 1878.
17. Boyle R. New experiments physio-mechanical touching the spring of the air. Oxford: The Robinson, 1666. P. 342–360.
18. Calancha A. Cronica moralizada de la Origen de San Augustin. Vol. 1. Barcelona: Imp. Lacaballeria, 1639.
19. Cobo B. Historia del Nuevo Mundo. Madrid: Bibl. Aut. Esp. 1653. Vol. 91. P. 92.
20. Fa Hsien. A Record of Buddhistic Kingdoms being an account by the Chinese monk Fa Hsien of his travel in India and Ceylon (399–414 AD) in search of the Buddhist books of discipline. N. Y.: Dover Pub., 1965. P. 40–41.
21. Gilbert, D. L. Perspective on the history of oxygen and life // Oxygen and living Progress: An interdisciplinary approach, edited by D. L. Gilbert. N. Y.: Springer-Verlag, 1981. 1–43.
22. Gilbert, D.L. The first documented report of mountain sickness: The China or Headache Mountain story // Respiration Physiology. 1983. 52: 315–326.
23. Gilbert, D. L. The first documented description of mountain sickness: The Andean or Pariacaca story // Respiration Physiology. 1983. № 52. P. 327–347.
24. Houston Ch. Going higher: The story of a man and altitude. N. Y.: Amer. Alp. Club, 1980. 211 p.
25. Houston, Ch. Going Higher: Oxygen, man and mountains. Seattle: The Mountaineer, 1998. 272 p.

26. Hu S.-T. Hypoxia research in China: An overview // Hypoxia, exercise and altitude. Proc. Third Banff Intern. Hypoxia symp. / Ed. G.R. Sutton, Ch.S. Houston, N.L. Jones. N.Y.: Liss, 1983. P. 157–171.
27. Monge C. Acclimatization in the Andes: Historical confirmations of «Climatic aggression» in the development of Andean man. Baltimore (MD): Hopkins, 1948, 130 p.
28. Sobrevilla L. Fertility at high altitudes: WHO/PANO/ISP meeting of investigators on population biology at altitude. Wash. (DC): Pan-Amer. Health Organization, 1968.
29. Sutton, J. Acute mountain sickness: A historical review, with some experience from the Peruvian Andes // Med. J. Aust. 1971, Jul 31; 2(5). P. 243–248.
30. Ward, M. Mountain Medicine: A clinical study of cold and high altitude. L.: Crosby Lockwood Staples, 1975. 376 p.

ОБ АВТОРСТВЕ «САЛЕРНСКОГО КОДЕКСА ЗДОРОВЬЯ»

Е.Е. Бергер

Институт всеобщей истории РАН

THE AUTHORSHIP OF «REGIMEN SANITATIS SALERNITANUM»

Е.Е. Berger

Institute for the Universal History of Russian Academy of Sciences

Аннотация: в статье опровергается версия о том, что автором «Салернского кодекса здоровья» является Арнальдо де Вилланова.

Ключевые слова: Арнальдо де Вилланова, Салернский кодекс здоровья, Ю.Ф.Шульц, дидактическая поэзия.

Abstract: the paper disproves the version that Arnaldo de Villanova is the author of Regimen sanitatis salernitanum.

Key words: Arnaldo de Villanova, Regimen sanitatis salernitanum, J.F.Schulz, didactic poetry.

«Салернский кодекс здоровья», известный под несколькими названиями и множество раз переиздававшийся, – выдающийся памятник латинской дидактической поэзии, и те, кто говорят, что эти строки знала наизусть вся медицинская Европа, если и преувеличивают, то не очень. Очевидно, что учить наизусть ритмованные гекзаметром строки легче, чем трактат Галена, и хотя медики и напоминают постоянно, что «средневековый человек – человек с хорошей памятью» (Ж.Ле Гофф), но и хорошая память имеет пределы, и такие мнемонические упражнения сильно облегчали жизнь школярам, стремившимся в медицину. Количество даже сохранившихся копий этого произведения поддается лишь приблизительному учету, и крупнейшие библиотеки Европы всенепременно имеют по одному экземпляру, а то и по несколько¹. Это неудивительно, если учесть, что этот медицинский текст

¹ Исследователи называют более 100 рукописных версий и не менее 300 печатных изданий.

родился в недрах самой великой медицинской школы средневековья и, раз появившись, кочевал по всем европейским университетам, причем задолго до изобретения книгопечатания.

Время шло, появилось книгопечатание, формировались национальные языки, хотя латынь и продолжала быть lingua franca всей ученой Европы, – Салернский кодекс здоровья был по-прежнему востребован, копировался, комментировался, печатался, а понемногу и переводился. Переходил понемногу в разряд памятников, начал вызывать интерес уже не у практикующих врачей, а у историков науки – и вот уже в середине 20 в. добрался до СССР. Впервые он был переведен на русский язык в Риге, причем в прозе (Йоффе, Черфас 1960).

Рижские исследователи определенно утверждают: «Установить год сочинения этой поэмы невозможно. По древней традиции считается, что поэма написана для Роберта герцога Нормандского, сына Вильгельма Завоевателя, который якобы посетил Салерно во время первого крестового похода и вторично на обратном пути в 1099 году... Известный автор медицинских трудов Арнольд Вилланова, по-видимому, собирал имевшиеся в конце 13 и начале 14 века списки и дополнил их своими стихами и комментариями. В настоящее время весьма затруднительно установить, что в дошедших до нас списках представляет собой оригинальный труд медиков Салерно и что прибавлено позже» (Йоффе, Черфас 1960: 198). Рижане использовали издание кодекса 1954 г. (Die Kunst ... 1954).

А вскоре после этого великий латинист Ю.Ф.Шульц сделал и стихотворный перевод «Салернского кодекса» на русский язык (Арнольд из Виллановы 1964). Юрий Францевич Шульц (1923–2005) – советский и российский учёный, многолетний заведующий кафедрой латинского языка 2-го Медицинского института, переводчик греческой и латинской поэзии. Ему мы обязаны переводами Цельса, Валафрида Страбона, Марбодя Реннского и других античных и средневековых авторов. (По утверждению Ю.Ф.Шульца, для работы он использовал также немецкий перевод Рольфа Шнолля, сделанный для того же издания 1954 г.)

А дальше начинается самое интересное. В издании Шульца и Терновского написано следующее:

«Самым выдающимся произведением Салернской врачебной школы считается «Салернский кодекс здоровья», написанный в XIV в. Арнольдом из Виллановы, прославленным врачом Средневековья, и вышедший в свет впервые с датой 1480 г.»

Арнольдо из Виллановы (ок. 1240-1311), средневековый алхимик и мистик, выдающийся религиозный мыслитель, развивавший апокалиптические идеи Иоахима Флорского, врач, лечивший арагонских королей Педро Третьего и Хайме Второго, Федерико Сицилийского и трех римских пап,

переводчик на латинский язык многих классических арабских медицинских текстов. Он изучал медицину в Барселоне и Монпелье. Его считали самым выдающимся врачом 13 века. Его слава гремела по всей Европе, и неудивительно, что ему приписывались многие труды, ему не принадлежавшие.

Могут предположить, что идею об авторстве «Салернского кодекса» Ю.Ф. Шульц и В.Н. Терновский взяли у К. Зудгоффа, тем более что его «История средневековой медицины» – едва ли не единственная работа, которая была переведена на русский язык. Не будем забывать, что авторы жили за «железным занавесом», и книг по истории медицины было в их распоряжении не просто мало, а трагически мало. При этом версия К. Зудгоффа разделялась и другими историками. Цитирую:

««Regimen Sanitatis Salernitanum»... представляет собою не что иное, как попытку воскресить старый блеск Салернской школы; в 15-м и 16-м веках этот «Regimen» пользовался большой известностью и широким распространением, но в манускриптах 14-го и 15-го веков его роль очень скромна, а в более раннюю эпоху о нем вообще не слышно. Арнальд из Виллановы в начале 14-го века составил небольшую – в 360 стихов – поэму, представляющую выборку из стихотворного медицинского наследия Салерно, остальной Италии и Франции; содержание этого произведения, снабженного прозаическим комментарием, с которым оно вначале всегда печаталось, составляют частью вопросы диететики и фармации, а частью –прогностики» (Зудгоф 1925:48).

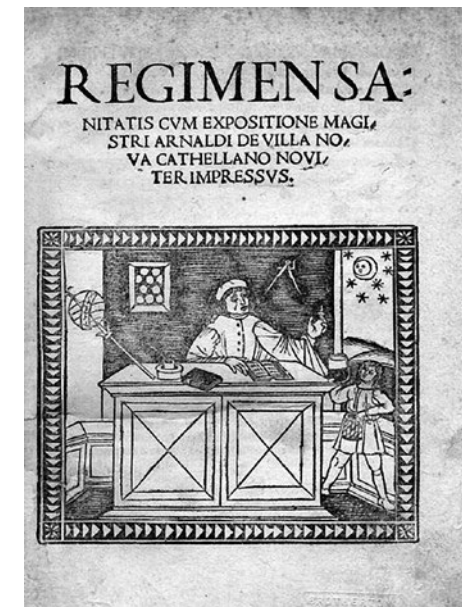
Идею об авторстве «Салернского кодекса» разделял также П.Е. Заблудовский, автор статьи «Арнальдо де Вилланова» из Большой медицинской энциклопедии: «Из литературного наследия Арнальдо наряду с руководствами по практической медицине «Breviarium» («Краткий обзор») и «Parabola» («Сопоставления») наиболее ценный труд – стихотворное переложение (начало 14 века) практических наставлений салернской врачебной школы 9–10 века. «Regimen Sanitatis Salernitanum» («Салернский кодекс здоровья»). В кодексе изложена система общего здорового образа жизни – питания, сна, труда, отдыха. «Салернский кодекс» в переложении Арнальдо переиздавался на многих языках более 200 раз. На русский язык переведен в стихах Ю.Ф. Шульцем с примечаниями переводчика, вступительной статьей В.Н. Терновского и Ю.Ф. Шульца. Первое собрание сочинений Арнальдо (на латинском языке) издано в Лионе (1504)».

Прежде всего, отметим существенную неточность в издании Шульца и Терновского. «Салернский кодекс здоровья» не вышел в свет впервые в 1480 году, а в лучшем случае впервые был напечатан типографскими средствами. Арнальдо из Виллановы, как легко узнать из любого справочного издания, умер в 1311 году. В Салерно он, по-видимому, не бывал никогда, зато был профессором школы Монпелье. А первое дошедшее до нас печатное изда-

ние Салернского кодекса относится к 1480 г. (Regimensanitatis 1480). Значит, между смертью автора и выходом в свет того, что у нас есть, прошло более полутора столетий.

Существуют рукописи под названием «Regimensanitatis», с предполагаемым авторством Арнальдо де Вилланова. Некоторые из них находятся в отделе рукописей Испанской национальной библиотеки, они оцифрованы и доступны для работы. Так, например, Liber de regimi nisanitatis per capitula divisus, датированная 15 веком, – это также сборник рецептов и гигиенических предписаний, но это другой текст, и Салернская школа в нем не упомянута. Еще одна рукопись «Regimensanitatis» также 15 века написана на каталонском языке, с посвящением королю Арагона, что наводит на мысль о возможной ошибке переписчика: rex anglorum (король англичан) в «Салернском кодексе», и rex aragonum (король Арагона) у Арнальдо де Вилланова. Но дело в том, что в обеих рукописях и в печатном издании 1480 года, хотя во всех трех случаях речь идет о рецептурных сборниках, тексты все же разные. Это не единственный случай в истории средневековой книжности, когда под одним и тем же (или сходным) названием появлялись разные тексты, но дело в том, что ни один из них не имеет отношения к переводу Ю.Ф. Шульца.

А теперь давайте посмотрим на титульный лист «Салернского кодекса» издания 1480 г. Вот он.



Regimen sanitatis cum expositione magistri Arnaldi de Villanova Cathellano noviter impressus. Venetiis: impressum per Bernardinum Venetum de Vitalibus, 1480

Что сообщает нам заголовок?

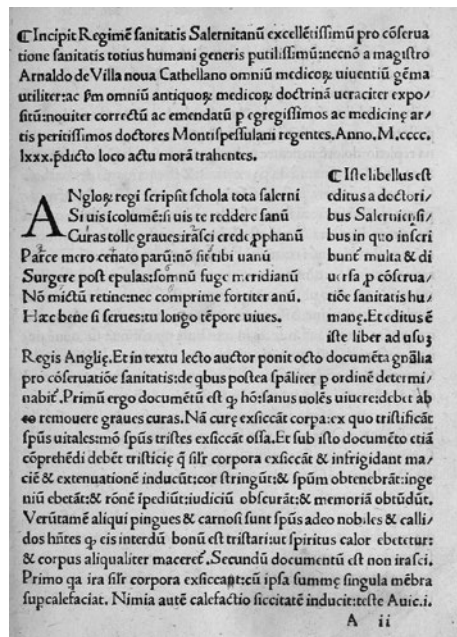
noviter impressus – напечатанная новым образом. Учитывая дату, это скорее всего относится к самому факту книгопечатания. И отметим, что если уже в конце 15 века ее печатали (точка отсчета современного книгопечатания – 1440), значит, она была очень востребована. Но возможно, что это *noviter* подразумевает и некое предыдущее издание, по сравнению с которым новое претерпело изменения.

Magistri Arnaldide Villanova Cathellano – он родился предположительно в Валенсии, помимо общеевропейского значения, еще и предмет национальной гордости в Испании. В 2011 г. там широко отмечалась годовщина его смерти. Историография о жизни и деятельности этого персонажа очень обширна. Ю.Ф. Шульц, очевидно, не был с ней знаком, в чем, повторяю, не его вина.

И, наконец, главное.

Regimen sanitatis cum expositione magistri Arnaldi de Villanova. Латинские словари извещают нас, что *Cum expositione* можно перевести как «С пояснениями. С комментариями». То есть здесь нигде не сказано, что Арнальдо сам написал этот кодекс! Он писал пояснения к стихам!

О каких пояснениях и комментариях идет речь?



Перед нами издание 1500 года, оно доступно он-лайн и удобно с точки зрения верстки. Такие возможности предоставляло недавно изобретенное книгопечатание.

Посмотрим внимательно на верстку. Выделенный абзац – это собственно стихи. *Anglorum regi scripsittota salerni...* (в рус. пер.: «Школа салернская так королю англичан написала...») А вот все вокруг него – это именно комментарии. В верхнем абзаце то же самое *expositum*, «объясненное». Перевожу: Эта книжечка написана докторами Салерно, и в них написано многое и разное для сохранения человеческого здоровья. Написана эта книга для пользы короля Англии» – и т.д. Некоторые историки предполагают, что Арнальдо де Вилланова мог быть автором этих комментариев, но ведь как раз их-то Ю.Ф. Шульц не переводил.

Итак, работа с разными изданиями «Салернского кодекса» наводит на следующие предположения. Во-первых, сами стихи и комментарии к ним написаны разными людьми, и Арнальдо из Виллановы приписаны именно комментарии, а не сами стихи. Еще Рене Моро, один из первых исследователей Салернского кодекса, представитель эрудитской историографии, в 17 в. доказывал, что «король англичан», о котором идет речь, – это Роберт III Куртгез (1054-1134), сын Вильгельма Завоевателя (Siraisy 2007: 129-130). (Кстати, королем Англии он так и не стал – только герцогом Нормандским!) Задолго до рождения Арнальдо из Виллановы. А во-вторых, большая часть исследователей этого замечательного текста считают, что Арнальдо вообще не имеет к нему отношения. На Конгрессе по истории медицины в Барселоне в 2011 г. в актовом речи профессор Х. Корбелья уверенно называл «Салернский кодекс» апокрифом, который, в числе прочих, приписан Арнальдо де Вилланова без достаточных оснований. При этом Х. Корбелья ссылается на обширную литературу последних лет (Corbella 2011: 47-53).

По-видимому, мы имеем дело с утерянной информацией, что часто бывает, когда происходит переписывание из одной работы в другую без тщательной проверки. Описки, обмолвки, недостаточное внимание к источниковедению – при всем уважении! – приводят к тому, что авторство «Салернского кодекса здоровья», которое во всех европейских странах по крайней мере сомнительно, в России определяется уверенно. На основании текста, написанного неизвестным автором, и комментариев, которые не переводились.

Литература

1. Corbella J. Record en el sete centenari de la mort d'Anau de Valanova (1011-2011) // VI Meeting of the IHMM. Program Book. Barcelona, 2011, p. 47-53
2. Die Kunst sich gesund zu erhalten. Regimen sanitatis salernitanum. Deutsche Nachdichtung, mit Einleitung und Anmerkungen von Rolf Schott. Salerno: Ente Provinciale per il Turismo, 1954
3. Regimen sanitatis cum expositione magistri Arnaldi de Villanova Cathellano noviter impressus. Venetiis: impressum per Bernardinum Venetum de Vitalibus, 1480
4. Regimen sanitatis URL <http://bdh-rd.bne.es/viewer.vm?id=0000174959&page=1>
5. Siraisi N. History, Medicine, and the Traditions of Renaissance Learning. University of Michigan press, 2007. – P. 129-130.

6. Арнольд из Виллановы, Салернский кодекс здоровья, XIV в., пер. с латинск., М., 1964.
7. Зудгоф К. Медицина средних веков и эпохи Возрождения. М., 1925
8. Иоффе М. И. и Черфас Л. М. Салернское руководство по вопросам здоровья, в кн.: Из истории медицины., под ред. П. И. Страдыня и др., т. 3, с. 197-214, Рига, 1960.
9. 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.
10. Пашков К.А., Саблина Н.А. Практикум по истории Отечества и истории медицины. – М.: МГМСУ, 2008.
11. Турская М.С. Две культуры. Начало преподавания «Медицины и литературы» в США // Диалог со временем. № 23. 2017. С. 364-373.

ЗАГАДОЧНЫЙ БОГ ЗАЛМОКСИС И МЕДИЦИНА ДРЕВНИХ ГЕТОВ

Л.И. Белова

Волгоградский государственный медицинский университет

MYSTERIOUS GOD ZALMOXIS AND MEDICINE OF ANCIENT GETHS

L.I. Belova

Volgograd State Medical University

Аннотация: статья посвящена изучению развития медицинских знаний и приемов врачевания фракийских племен на основе анализа культа верховного бога гетов –Залмоксиса. Исследование опирается на анализ письменных источников и археологические материалы.

Ключевые слова: медицина, врачевание, фракийцы, геты, Залмоксис.

Abstract: the article is devoted to the study of the development of medical knowledge and methods of healing Thracian tribes on the basis of the analysis of the cult of the supreme god of getes Zalmoxis. The research is based on an analysis of written sources and archaeological materials.

Key words: medicine, healing, Thracians, Getes, Zalmoxis

Медицина, являясь важной частью общекультурного наследия аккумулирует традиции, знания, религиозные представления различных народов. Одним из таких народов были гетты – фракийское племя, оставившее после себя достаточно большое количество не только материальных памятников, но и упоминаний у античных авторов.

К V веку до н.э. фракийцы заселяли северо-восток Балкан и западное побережье Чёрного моря. Геродот считал их вторыми по численности после индийцев, а также отмечал, что: «Будь фракийцы только единомышленны и под властью одного владыки, то, я думаю, они были бы непобедимы и куда могущественнее всех народов» (Геродот 1972: кн.V). Однако они были разделены на враждующие племена, о внутренних войнах которых мы можем узнать из трудов Ксенофонта. По мнению Геродота «геты, самые храбрые и честные среди фракийцев» (Геродот 1972: кн. IV), поскольку они оказывали ожесточенное сопротивление завоевателю Дарию в то время, когда другие фракийские племена сдавались без боя. Возможно, подобная воинственность привлекала к ним внимание других античных авторов, она же определяла и необходимость развития медицины, что подтверждается археологическими материалами. Так группа болгарских археологов открыла в селе Караново, на юге Болгарии, некрополь с 26 могильными курганами конца I – начала II века н.э. Одна из находок – колесница на четырех больших колесах и скелеты двух лошадей, другая – комплект из 18 хирургических инструментов. Они сделаны из бронзы, инкрустированы серебром и золотом. Их изучение позволило доктору Красмиру Коеву, доценту кафедры глазных болезней Медицинского университета Софии, говорить о достаточно высоком уровне развития медицины, поскольку «они незначительно отличаются от современных инструментов. Один из найденных инструментов удивительно похож на ложку Давиэля. Таково название инструмента, при помощи которого производятся операции при катаракте. Впервые его использовал в 1741 году француз Жак Давиэль – личный врач короля Людовика XV. Среди инструментов есть и кюретка. Она напоминает ту, которая используется при операции по удалению халазииона, то есть хронического образования на веках. Найдено и несколько пинцет, идентичных сегодняшним хирургическим пинцетам» (Коев 2011). Кроме того, «Присутствие этого комплекта медицинских инструментов, принадлежавших похороненному врачу в одном из 26 фракийских курганов в Караново, показывает не только высокий социальный статус, который он имел, но и то, что почти равнялся статусу фракийских владетелей, что также говорит о высоком общественном значении, которое придавали фракийцы медицинской науке и практике» (Коев 2011). Разнообразие найденных инструментов позволило доктору К. Коеву предположить, что они использовались при сложных операциях группой из нескольких человек. Что может свидетельствовать об организованной форме лечения (Коев 2011). Данное предположение согласуется с письменными источниками, содержащими отрывочные свидетельства о гето-дакских священниках и целителях. В частности, у Платона в диалоге «Хармид» Сократ описывает свою встречу с одним из знахарей «фракийского правителя Залмоксиса, владеющего мастерством наделять бессмертием», и сообщает: «Этот фракийский врач поведал о том, чему он научился от своего

правителя, который был богом» (Платон). Это одно из упоминаний о странной и в чем-то загадочной фигуре Залмоксиса (Салмоксис, Замолксис), которого геты почитали в качестве бога. Греки Геллеспонта и Понта верили, что Залмоксис—царь, жрец и бог гетов, «действительно существовал, и был учеником Пифагора. От него он получил знания по наукам и небесами, обретя свободу и накопив богатство, вернулся во Фракию и начал обучать своих соплеменников доктрине Пифагора, искусствам цивилизации и земледелию» (Гергова 2004).

Геродот считал, что Залмоксис жил задолго до Пифагора, а мистическое знание о бессмертии души получил, путешествуя в Египет. Он сообщает следующее: «Я узнал от эллинов, проживающих в Геллеспонте и в Понте, что этот Залмоксис, будучи обычным человеком, якобы жил в рабстве на Самосе у Пифагора, сына Мнесарха. Заслужив свободу, он нажил большое состояние и вернулся на родину. Фраки жили в страшной бедности и были необразованны. Залмоксис, знакомый с ионийским жизненным укладом и более утонченными нравами, чем во Фракии... устраивал пиры для самых замечательных сограждан. Во время пиршеств он учил, что ни он, ни его гости, ни их потомки в будущем не умрут, а лишь переселяться в иное место, где, живя вечно, обретут все блага. Пока Залмоксис принимал гостей и увещевал их таким образом, он строил себе жилище под землей. Когда обитель была готова, Залмоксис исчез, спустившись в свои подземные покои, где и пробыл три года. Фраки очень сожалели о его исчезновении и оплакивали как мертвого. На четвертый год он появился среди сограждан, тем самым заставив их поверить в свое учение. Так рассказывают эту историю эллины. Я сам не подвергаю се сомнению, но и не верю полностью. Думаю, что этот Залмоксис жил задолго до Пифагора. Был ли он простым человеком или в самом деле богом готов – не ведаю...» (Геродот 1972). Геты смотрели на смерть как на путь к Залмоксису.

Для Платона Залмоксис был великим и почитаемым как бог врачевателем, поэтому он называл служителей его культа «лекари Залмоксиса» и считал, что они лечили лучше греческих. Интересные сведения о подходах гетов к врачеванию можно найти в диалоге «Хармид», где фракиец рассказывает Сократу, что: «Как не следует пытаться лечить глаза отдельно от головы и голову – отдельно от тела, так не следует лечить тело, не лечя душу, и у эллинских врачей именно тогда бывают неудачи при лечении многих болезней, когда они не признают необходимости заботиться о целом, а между тем если целое в плохом состоянии, то и часть не может быть в порядке» (Платон). По мнению фракийского лекаря, средство от многих болезней неведомо греческим целителям, поскольку они не обращают внимание на организм в целом. Можно сказать, что последователи Залмоксиса лечили не только больную часть тела, но воздействовали на весь организм в целом травами и заклина-

ниями. «Потому-то и надо прежде всего и преимущественно лечить душу, если хочешь, чтобы и голова, и все остальное тело хорошо себя чувствовали. Лечить же душу должно известными заклинаниями. Ныне, распространенной среди людей ошибкой является попытка некоторых из них лечить либо одним из этих средств, либо другим», – утверждал Хармид. (Платон).

Географ Страбон тоже оставил интересные сведения о Залмоксисе и его влиянии на медицину геттов. По его мнению: «какой-то гет, по имени Замолксий, был рабом Пифагора. Он получил от философа некоторые сведения о небесных явлениях, а другие – от египтян, так как в своих странствиях он доходил даже до Египта... По возвращении на родину Замолксий достиг почета у правителей и в народе как толкователь небесных явлений. В конце концов ему удалось убедить царя сделать его соправителем, как человека, обладающего способностью открывать волю богов... Сначала ему предоставили лишь должность жреца, наиболее почитаемого у них бога, а потом его самого объявили богом» (Страбон 1994: 273-298). Также Страбон сообщает, «по религиозным соображениям воздерживаются от употребления всякого мяса и довольствуются медом, молоком и брынзой» (Страбон 1994). Далее он обращается к современной ему истории и говорит, что: «Беребиста, гет, достиг верховной власти над своим племенем. Ему удалось возродить свой народ, изнуренный длительными войнами, и настолько возвысить его путем физических упражнений, воздержания..., что за несколько лет он основал великую державу и подчинил гетам большую часть соседних племен. Он стал внушать страх даже римлянам... Доказательством полного повиновения гетов его приказаниям является то, что они позволили убедить себя вырубить виноградную лозу и жить без вина. Воздержание от употребления в пищу животных, предписанное Пифагором, было передано гетам Залмоксисом и сохранилось до наших дней» (Страбон 1994). Интересно отметить, что современное исследование химического состава костей подтверждает, что все захороненные в царском некрополе Сборяново действительно были вегетарианцами (Гергова 2004: 35).

Таким образом можно говорить, что культ Залмоксиса и его доктрина бессмертия, произведшая столь глубокое впечатление на греков, были дополнены глубоким интересом к медицине. Традиции врачевания древних гетов сочетали как профилактическое направление, предусматривавшее строгую диету и физические упражнения, так и мистические заговоры. Археологические данные подтверждают достаточно высокий для того времени уровень развития медицины и разнообразие медицинских инструментов, а также высокий социальный статус врачевателя.

Нам доподлинно не известно, что случилось с Залмоксисом и его культом после того, как Дакия стала римской провинцией (106 г. н.э.), но можем предположить, что автохтонные религии частично уцелели, претерпев из-

менения, в условиях романизации и христианизации. На сегодняшний день существует достаточно доказательств того, что у балканских народов сохранились отголоски «языческого» наследия гето-дакского и дако-романского происхождения (Мирча Элиаде 1991), которые на протяжении тысячелетий и формируют богатую современную культуру, в которой важное место занимает человек и его здоровье.

Литература

1. Гергова Д. Сборяново священная земля гетов. София: Национальный музей болгарской книги и полиграфии, 2004
2. Геродот. История в девяти книгах. Л.: «Наука», 1972. URL: <http://ancientrome.ru/antlittr/t.htm?a=1269005000> (дата обращения 20.08.2017)
3. Коев К. Медицина древних фракийцев // Radio Bulgaria. 2011. URL: <http://bnr.bg/ru/post/100128674/medicina-drevnih-frakiicev> (дата обращения 28.08.2017)
4. Мирча Элиаде. От Залмоксиса до Чингиз-хана // Кодры. 1991. № 7. URL: http://lib.ru/FILOSOF/ELIADA/zalmoxis.txt_with-big-pictures.html (дата обращения 23.08.2017)
5. Платон. Диалоги. Хармид URL: <http://www.nsu.ru/classics/bibliotheca/plato01/harmi.htm#s12> (дата обращения 28.08.2017)
6. Страбон. География в 17 книгах. М.: «Ладомир», 1994.

3. ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ НОВОГО ВРЕМЕНИ

ПРОФЕССОР АЛЕКСАНДР ИВАНОВИЧ ОВЕР (1804–1864) И ОСНОВАНИЕ ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ МОСКОВСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

В.И. Бородулин

Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва

К.А. Пашков

Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова

А.В. Тополянский

Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова, Городская клиническая больница имени

С.И. Спасокукоцкого, Москва

П.В. Шадрин

Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова

PROFESSOR ALEXANDER IVANOVICH OVER (1804–1864) AND THE BASE OF THE FACULTY THERAPEUTIC CLINIC OF MOSCOW UNIVERSITY

V.I. Borodulin

National Institute of public health named after N.Semashko, Moscow

K.A. Pashkov

Moscow state medical dental University named A.I. Evdokimov

A.V. Topolyansky

Moscow state medical dental University named A.I. Evdokimov, Municipal

clinical hospital named after S.I. Spasokukotskogo, Moscow

P.V. Shadrin

Moscow state medical dental University named A.I. Evdokimov

Аннотация: Представлена биография видного клинициста Александра Ивановича Овера (1804–1864). Рассматриваются вопросы клинического преподавания в 19 в., анализируются понятия «факультетская клиника», «госпитальная клиника и др.».

Ключевые слова. Московский университет в 19 в., А.И. Овер, факультетская клиника, госпитальная клиника.

Abstract: Presents a biography of eminent Clinician Alexander Ivanovich Over (1804–1864). Addresses issues of clinical teaching in the 19th century, analyzes the concept of «faculty clinic», «hospital clinic etc.».

Key words. Moscow University in the 19th century, A.I. Over, faculty clinic, hospital clinic.

В 1840–1863 гг. в России была проведена крупномасштабная реформа высшего медицинского образования и создан первый единый стандарт врачебного образования. Курсы терапевтической и хирургической клиник были разделены на пропедевтические, факультетские и госпитальные. Пропедевтические клиники предназначались для студентов третьего года обучения, их задачей было обучение студентов основам пропедевтики и семиотики внутренних и хирургических болезней, изучению приёмов обследования пациентов и клинических признаков основных заболеваний. Главной целью факультетских клиник было формирование у студентов четвёртого курса клинического мышления. В госпитальных клиниках у студентов пятого года обучения в ходе самостоятельной работы формировалось представление о большинстве заболеваний и возможных способах их лечения [1]. Таким образом, учреждение факультетских и госпитальных терапевтической и хирургической клиник Императорского Московского университета (ИМУ) было предпринято для усовершенствования системы клинического обучения, при этом значительную роль сыграли положения, выдвинутые профессорами Ф.И. Иноземцевым, А.И. Овером и А.И. Полем.

В 1996 г. в журнале «Клиническая медицина» была опубликована подготовленная коллективом авторов статья «Факультетской терапевтической клинике ММА им. И. М. Сеченова 150 лет» [2]. Авторы раскрывают происхождение термина «факультетская клиника» (принадлежащая медицинскому факультету Московского университета) – в отличие от «госпитальных клиник», располагавшихся на базе московских госпиталей. Факультетские клиники были открыты 26 сентября 1846 г. (по старому стилю) в здании закрытой к этому времени Московской медико-хирургической академии (МХА) на Рождественке. Терапевтическая клиника имела 60 коек, была прекрасно оборудована и, по мнению современников, «превосходила все европейские клиники и удобством помещений, и богатством пособий» [3].

К моменту открытия кафедры факультетской терапии ее предшественницей, кафедрой патологии, терапии и клиники, на протяжении четырех лет заведовал Александр Иванович Овер. Доступной литературы, посвященной Оверу, на удивление мало. Первым его биографом стал А.И. Полуниин [4, 5]; подробному описанию личности Овера посвятил свой труд князь А.И. Долгорукий (1865) [6]; более тщательно жизненный и творческий путь этого выдающегося врача описан в обзорной статье И. Давидовича в Рус-

ском биографическом словаре (1905) [7]; интересные подробности приводит А.В. Мартынов в очерке «Научная и преподавательская деятельность бывшей Екатерининской больницы» (1926) [8]. Наконец, Е.Н. Артемьев в 1955 г. опубликовал статью об Овере [9], а в 1958 г. защитил докторскую диссертацию на тему «Факультетская терапевтическая клиника 1-го Московского ордена Ленина медицинского института имени И.М. Сеченова и ее роль в развитии внутренней медицины». Что же становится ясным при изучении этих источников?

Тайный советник, директор терапевтического отделения факультетской клиники Московского университета, инспектор московских больниц гражданского ведомства, почетный лейб-медик, выдающийся терапевт, хирург и анатом профессор А.И. Овер родился 18-го сентября 1804 г. (по старому стилю) в селе Панине, Крапивенского уезда Тульской губернии, в семье французского эмигранта, доктора прав и королевского адвоката, вынужденного бежать в Россию во время французской революции. В возрасте пятнадцати лет он поступил вольнослушателем в МХА, но через год по совету профессора анатомии Х.И. Лодера перевелся на медицинский факультет ИМУ. Перед окончанием университета А.И. Овер вновь перешел в МХА, где в 1823 г. получил степень доктора медицины. Затем на протяжении двух лет он продолжал обучение за границей, в Страсбурге, в 1825 г. возвратился в Россию, и – по представлению диссертации «De incisione ductus aërei» – был утвержден в степени доктора медицины, а затем продолжил свое обучение за рубежом, в Париже, где преимущественно занимался хирургией под руководством именитых профессоров Г. Дюпюитрена и Ж. Лисфранка, и в меньшей степени – терапией и патологической анатомией под руководством Ф. Бруссе, Р. Лаэннека и др.

В 1829 г. он возвратился в Москву и начал работать в хирургическом отделении Ново-Екатерининской больницы под руководством профессора А.И. Поля. Для молодого врача это время было очень непростым: как отмечал А.И. Долгорукий (1865), «будучи еще мало известен в медицинском искусстве, он должен был довольствоваться весьма малой и бедной практикой, ограничивавшейся двумя больными – монахом в Симоновом монастыре и купцом, жившим близ Марьиной рощи».

В 1830 г. А.И. Овер принял участие в борьбе с холерой в Москве в качестве старшего врача Басманной временной холерной больницы. С 1831 г. он – хирург в Екатерининской больнице, в 1832–33 гг. – помощник профессора хирургической клиники ИМУ, с 1833 г. – старший врач только что построенной Московской градской больницы. Здесь А.И. Овер впервые в Москве перевязал подключичную и сонную артерии, провел полную и частичную ампутации верхней и нижней челюсти и многие другие операции, а также составил коллекцию анатомо-патологических препаратов и атлас.

Итак, согласно всем литературным источникам, А.И. Овер на протяжении многих лет успешно осваивал тонкости профессии хирурга и анатома. Как же он оказался руководителем терапевтической клиники? В 1838 г. был объявлен конкурс на место профессора кафедры терапевтической клиники МХА. Академия требовала, чтобы кандидат представил: 1) прежние свои труды и результаты деятельности, дающие ему право на эту кафедру; 2) сочинение или статью по предмету, относящемуся к практической медицине; 3) прочитал бы без приготовления пробную лекцию. Как отметил А.И. Полунин, Овер не обратил «внимания на слова тех, которые считали странным со стороны хирурга состязание о кафедре терапевтической клиники, как будто возможно быть хорошим хирургом, не будучи хорошим терапевтом». В те годы многие врачи думали таким же образом (общеизвестный пример этого – современник Овера профессор ИМУ Ф.И. Иноземцев – популярный в равной мере как хирург и как терапевт), и так оно и оказалась в случае Овера, который стал победителем конкурса. Он представил академии отчет о 150 важнейших своих операциях с объяснительными рисунками и статью с описанием «пяти полных отнятий верхней челюсти», написал сочинение «Dediagnosymorbi» и выступил с публичной лекцией «Detyphoabdominali». В декабре 1838 г. А.И. Овер был удостоен степени доктора медицины и хирургии; с 1839 г. в качестве ординарного профессора кафедры терапевтической клиники МХА читал курс частной патологии и терапии; с 1842 г. тот же курс он вел как профессор медицинского факультета ИМУ и руководитель клиники.

Известно, что Совет ИМУ проголосовал за другого кандидата – профессора Г.И. Сокольского, однако министр народного просвещения С.С. Уваров направил Совету письмо следующего содержания: «Признаю за лучшее для пользы науки поручить сию кафедру состоящему при Академии (то есть МХА) ординарному профессору терапевтической клиники Оверу, который известен мне по отличным сведениям в патологической анатомии и как опытный клинический преподаватель» [10]. С министром спорить не стали. По отчетам ИМУ за 1844-46 гг., «Практическое учение о распознавании и лечении внутренних и наружных болезней и патологическую семиотику излагал ординарный профессор Овер на латинском языке, по 6-ти часов в неделю, в терапевтической клинике университета, как при самих постелях больных, лежащих в клинике, так и (при) подавании им советов тем больным, которые ежедневно в числе 10 – 30 человек приходили в клинику искать его помощи» [11].

В 1846 г. при открытии факультетской терапевтической клиники А.И. Овер произнес речь «О назначении и пользе клиник вообще и факультетской клиники при университете в особенности». Чем же отличалось преподавание в факультетской клинике? В работе, посвященной роли меди-

цинского факультета ИМУ в реформе высшего медицинского образования в России в XIX веке, А.М. Сточик и соавторы (2001) дают ответ на этот вопрос, цитируя составленную директором клиники А.И. Овером программу курса на 1849/50 учебный год: «Предпослав в первом полугодии учение об исследовании больных, профессор посвящает второе полугодие исключительно практическому учению, заставляя уже более самих слушателей делать распознавание болезни (diagnosis) и сообразные ему назначения (indicaciones)» [12]. Таким образом, по заключению А.М. Сточика и соавторов, основу курса факультетской терапевтической клиники в период заведования ею А.И. Овером составляло не традиционное для того времени изложение студентам систематического курса внутренних болезней, а разбор отдельных клинических случаев.

В автобиографических записках И.М. Сеченова можно прочитать следующее описание этой методики обучения студентов: «В эту клинику мы приходили к 8 часам утра и ожидали профессора в комнате, служившей аудиторией. Млодзиевский садился перед нашими скамьями; рядом с ним стоял дежуривший в предшествующий день студент, и начинался доклад последнего о поступивших в его дежурство новых больных; при этом нужно было описывать телосложение и возраст больного, его образ жизни и занятия, вероятную причину заболевания, найденные признаки болезни и назначенное лечение. Засим начинался профессорский обход в сопровождении ассистента и студентов. Если в положении старого больного замечалась, со слов ассистента, важная перемена, то профессор проверял сказанное; а наиболее интересного из новоприбывших исследовал в нашем присутствии, ставил диагностику и назначал лечение» [13].

Первым в России А.И. Овер использовал для преподавания созданный им при кафедре музей патологоанатомических препаратов. Он читал прекрасные лекции, которые иллюстрировал патологоанатомическими препаратами и рисунками, причем делал это на латинском языке, которым, в отличие от большинства студентов, владел свободно. Сопоставление клинических и секционных данных было частью образовательного процесса; в программе учебных занятий на 1849/1950 год (которую мы уже цитировали) Овер писал: «Наконец, трупные сечения, производимые над всеми в клинике, служат контролем диагностики, изложенной при жизни больного, подтверждая ее или же доказывая ограниченность наших средств при распознавании скрытых и нередко выражающихся обманчивыми признаками болезней нашего тела». В 1846 г. Овер подарил университету большую анатоми-патологическую коллекцию, при этом (как указывает И. Давидович, 1905) на проценты со стоимости коллекции были учреждены три стипендии для студентов медицинского факультета: одна в память его учителя профессора Мудрова и две – его имени.

Главное в творческом наследии А.И. Овера – уникальный клинико-анатомический атлас в четырех томах. Экземпляр, хранящийся в Российской государственной библиотеке, свидетельствует, что первый том сочинения на латинском языке, под заглавием *Selecta praxis medico-chirurgicae*, был выпущен при содействии бывшего попечителя Московского университета графа С.Г. Строгонова в Москве в 1847 г.; последний (четвертый) том издан в 1852 г. Этот труд, удостоенный высших государственных наград во всех ведущих странах Европы (в частности, в России Государь Император наградила Овера бриллиантовым перстнем) и на протяжении нескольких десятилетий рекомендовавшийся в ИМУ в качестве пособия по патологической анатомии, позволяет считать А.И. Овера одним из основоположников клинико-анатомического направления в отечественной клинической медицине [14].

В эпидемию холеры 1847–48 гг. А.И. Овер был главным врачом временной Сретенской больницы и заведовал ее холерным отделением; был также главным врачом временной больницы на Плющихе. Князь А.И. Долгорукий приводит связанную с холерным бунтом историю, иллюстрирующую мужество Овера. По Москве стали распространяться слухи, что в больницу, которую он возглавлял, кладут здоровых горожан и умышленно морят. Однажды около больницы столпились около трехсот человек, в окна полетели камни, требовали доктора–француза. Овер вышел к толпе со студентом, объяснил, что он и есть доктор–француз, и предложил выбрать десять человек – пойти в больницу вместе с его помощником, сам же остался среди толпы в качестве заложника. Через час выбранные для инспектирования больницы люди вернулись и попросили у А.И. Овера прощения за нанесенную обиду: вскоре толпа рассеялась. В третий раз А.И. Оверу пришлось бороться с холерой в 1853 г. в должности инспектора московских больниц гражданского ведомства. Он был убежден в заразительности холеры и предложил для борьбы с ней ряд медико-полицейских мер, аналогичных мерам, применявшимся при тифе, однако его выводы не показались коллегам убедительными.

С 1850 г. А.И. Овер совмещал обязанности профессора ИМУ и инспектора московских больниц (назначен 29 августа «высочайшим приказом по гражданскому ведомству с оставлением при занимаемых должностях» [15]); и на новой работе его отличали творческий подход и стремление к рациональным преобразованиям. Его труды «Обзор состояния московских больниц гражданского ведомства в 1857 г. в медицинском отношении» (1858) и «Материалы для истории московских больниц гражданского ведомства» (1859) содержат тщательный анализ состояния больничной помощи в Москве и ценные рекомендации по организации больничного дела.

С середины 1850-х годов преподавание в университете становится мало интересным для перегруженного огромной частной практикой, консультациями, административными и светскими обязанностями А.И. Овера. Н.А. Бе-

логоловый – товарищ и биограф С.П. Боткина – писал: «...клиника 4-го курса находилась в таких руках, что никак не могла содействовать увлечению Боткина этой специальностью; заведовал ею знаменитый московский практик и врач с несомненно большими дарованиями А.И. Овер, но он до того отдался всей частной практике, что его появления в клинике были большой редкостью и сюрпризом; о его даровитости, знаниях и практическом врачебном искусстве студенты знали только по слухам о городской его славе, ибо те шесть – восемь лекций, которые он читал им на своем изящном латинском языке в течение восьмимесячного курса, были слишком случайны и несистематичны, чтобы принести слушателям хотя бы небольшую пользу» [16]. О невысоком качестве преподавания писал в цитированных выше «Автобиографических записках» и И.М. Сеченов: «Директором терапевтической клиники был знаменитый тогда московский практик Овер – особа, увешанная несметным количеством орденов, но не показывавшая и носа в свою клинику. За весь год он прочитал нам у постели больного одну лишь лекцию, да и ту на латинском языке. Клиникой заведовал его адъютант Млодзиевский... Существовавшему в те времена единственному способу (разумеется кроме смотрения на языке и щупанья живота и пульса рукой) исследования больного, выстукиванию и выслушиванию груди, нас учили в этой клинике на словах, во время обхода, предоставляя нам упражняться в обоих искусствах самостоятельно, без всякого руководства...».

По-видимому, сам А.И. Овер не владел навыками перкуссии и аускультации, но при этом был блестящим диагностом благодаря виртуозному сбору анамнеза и внимательному осмотру больного. Он безошибочно ставил правильный диагноз на основании общего вида больного, исследования его пульса, изучения состояния языка. Описан случай, когда А.И. Овер, внимательно посмотрев на пациента университетской клиники Харькова, диагностировал у него поражение поджелудочной железы, и через несколько дней на секции у скончавшегося больного был выявлен рак поджелудочной железы [17].

Очевидно, что талантливый, успешный и обласканный властью профессор А.И. Овер вызывал у многих неприязнь. Это явствует из воспоминаний дипломата, философа и писателя Константина Николаевича Леонтьева, обучавшегося на терапевтической кафедре Московского государственного университета: «Овер просто мне не нравился; лично я не мог против него ничего иметь. У меня не было вовсе никаких с ним личных дел и сношений. Он совсем не знал меня, как не знал и большую часть студентов, которых он изредка только удостоивал чести прослушать его красноречивую лекцию на плохо им понятном латинском языке... По-моему, Овер был очень неприятен, чтобы не сказать более. Красота его была даже, я нахожу, несколько противная – французская, холодная, сухая, непривлекательная красота...

Росту он был хорошего, плечист и складен; точно так же, как и Иноземцов, он был брюнет. Черты его были очень правильны, нос с умеренной и красивой горбинкой, лоб очень открытый, высокий и выразительный. Но над этим прекрасным, возвышенным челом был довольно противный, резко заметный парик (парик, особенно на человеке пожилom, – всегда несколько противная претензия). Говорят, будто бы из скупости он имел даже два парика – один будничным, а другой для праздников, разного цвета: я его видал только по будням, и потому не знаю, правда ли это... Правильное лицо Овера как-то все лоснилось и блестело, как желтая медь. Живые выпуклые глаза его не имели в себе ни малейшей симпатичности; они сверкали сухой энергией – и больше ничего» [18].

Совершенно противоположным было мнение ординатора акушерской клиники ИМУ П.С. Алексеева: «Овер не создал школы, оставив только завистников. – он не имел последователей, лечивших в его духе. Он, как француз (Auvert – уроженец Москвы) по происхождению, обвораживал пациентов и их окружающих своим мягким, вкрадчивым обращением, своим ласковым отношением ко всем, своим непрестанным повторением «дружок, дружок». Москва отблагодарила его – помню его пышные похороны с громадной толпой студентов...» [19]. И по воспоминаниям князя А.И. Долгорукого, «являясь к постели больного с тою привлекательной наружностью, которая вселяет доверие, с тою кротостью и ласкою, которыми наделила его природа, он утешительным словом, приветливым взглядом, радушным участием ободрял больного, заменяя его страдания отрадным упованием на выздоровление. Овер одарен был необыкновенной проницательностью и тем диагностическим взглядом на болезнь, который был не следствием одной науки, практики и навыка, но дан был ему природой, как дар исключительный и необыкновенный».

Заслуги А.И. Овера были высоко оценены: в 1849 г. он получил звание гоф-медика за труды в холерную эпидемию 1847-1848 гг., в 1850 г. был утвержден членом Медицинского совета; в 1851 г. был произведен в действительные статские советники, в 1853 г. награжден орденом св. Станислава 1-й степени. В 1856 г. А.И. Овер «был пожалован в почетные лейб-медики» [20]. Однако, по воспоминаниям князя А.И. Долгорукого, был он человеком достаточно скромным, «из двадцати орденов своих он никогда не надевал и не носил ни одного, выключая тех праздников, в которые должен был надевать мундир, в остальное время затем они от праздника до праздника оставались в забвении...».

Последние годы его жизни отмечены еще одной выдающейся заслугой перед отечественной медициной: он явился учителем одного из основоположников клиники внутренних болезней в России Г.А. Захарьина. 10 июня 1852 года, в день утверждения Захарьина в степени лекаря, А.И. Овер по-

дал прошение в Совет университета: «На открывшуюся вакансию ассистента вверенного мне отделения, находя вполне достойным студента Григория Захарьина, выдержавшего в минувшем месяце экзамен на степень Доктора Медицины, честь имею покорнейше просить Совет Университета исходатайствовать ему определение в означенную должность». 3 декабря того же года лекарь Захарьин был определен ассистентом терапевтического отделения факультетской клиники Московского университета [21]. В 1859 г. адъюнкт факультетской терапевтической клиники К.Я. Млодзеевский перешел на должность экстраординарного профессора кафедры частной патологии и терапии, и по предложению Овера освободившуюся должность занял Захарьин.

К этому времени А.И. Овер почти совсем перестал посещать клинику и читать лекции. Автор мемуаров «Воспоминания, мысли и признания человека, доживающего свой век смоленского дворянина» (предположительно – Николай Аркадьевич Щеховский) описывает следующий замечательный случай: «прослышав, что его заместитель нередко срывает бурные аплодисменты тем, что в преподавание такой сухой науки, как терапия, подмешивает философию и говорит о Бэконе и т.п., [Овер] вдруг однажды явился на лекцию неожиданно сам. За время своего отсутствия он успел уже не только утратить между студентами свою прежнюю популярность, но даже заслужить названия «невежды» и «идиота»; так что когда он вошел в аудиторию в черном фраке и белом галстуке, и по своему обыкновению начал читать не садясь, а полусидя на кончике стула, то между студентами уже явственно приготовлялся взрыв свистков. Он, однако, нисколько этим не смутился и когда кончил, то вместо шиканья поднялся такой рев «браво», такой ураган хлопанья в ладоши, что ничего подобного даже и не снилось искавшим популярности. Мало того, аудитория бросилась вслед за ним, и одобрения продолжали сыпаться и на лестнице, и в сенях, где он уже надевал шубу» [22].

Александр Иванович Овер скончался 23 декабря 1864 года и похоронен в часовенке, построенной им еще при жизни на Введенском кладбище. По воспоминаниям А.И. Долгорукого, «Вся Москва, оплакивая общую свою потерю, потерю незаменимую, была свидетельницей той почести, которую отдали его праху. Но не могу не упомянуть о прекрасном изречении гг. студентов, когда обязанные крестьяне покойного, пришедшие за 120 верст на погребение его, просили их уступить им нести его гроб, они отвечали: «Овер живой никогда нас не выдавал, а мертвого мы не отдадим», и с Молчановки на Введенские горы донесли его попеременно на себе».

Высокая оценка личностных и врачебных качеств Александра Ивановича Овера содержалась в некрологе, написанном знаменитым профессором Московского университета Григорием Ивановичем Сокольским, отличавшимся остро критичным умом: «Овер от самой природы своей имел от-

менные качества. Физическое благообразие, открытая физиономия, прямая речь, приятная модуляция голоса без всякой натяжки, – одни эти качества уже давали ему предпочтение со стороны больных и действовали на них ободряющим образом. Но то же обаяние покойного простиралось и на здоровых, скажу более – на самых начальников его... То же действие было и на врачей, собратий по ремеслу, которые при появлении Овера к больному отступали на второй план. Некоторые из них, может быть, не менее опытные и знающие, но удрученные со времен бурсы тяжелою ношей мудрости, не могли ни мыслить, ни действовать в подобие Оверу...

Покойный не рожден был, по-видимому, ни для профессуры, ни для литературных трудов, требующих усидчивости. Истинный талант его проявлялся при постели больных. Быстрый, сметливый взгляд на болезнь, без особенных мудрствований, и поэтому большею частью успешность лечения при весьма несложных лекарствах и даже совершенно никаких; обхождение с больными столь же простое и чрезвычайно натуральное, без спеси к низшим и без подобострастия к высшим, – вот редкие в наше время качества, которых я многократно был свидетелем!...

К врачам, призывавшим его на совещание, покойный всегда был почитителен и радушен, что также способствовало обширной его известности в столице, решительно во всех ее направлениях и во всех слоях общества. Кажется, не было улицы, дома, где бы он не побывал; и сколько еще оставалось больных, его желавших и не получавших!... Умолчать о потере такого деятеля и не почтить память его благодарным словом значило бы, по словам Тацита, умышленно не признавать доблестей покойного» [23].

Литература

1. Пальцев М.А., Сточик А.М., Затравкин С.Н. Неизменное служение науке // Вестник Российской академии наук. – 2009. – Т. 79. – № 4. – С. 341-352.
2. Факультетской терапевтической клинике ММА им. И.М. Сеченова 150 лет // Клиническая медицина. – 1996. – № 3. – С. 2-4.
3. Недоступ А.В., Синюков В.В. Старейшая терапевтическая клиника России // Вестник Российской Академии Наук. – 1996. – Т. 66. – № 7. – С. 611-616.
4. Полуниин А.И. Некролог заслуженного профессора Московского университета Овера // Московские ведомости. – № 286. – 1864.
5. Полуниин А.И. Александр Иванович Овер / Речь и отчет, произнесенные в торжественном собрании Московского университета 12 января 1869 г. М. -1865. – С.14-16.
6. Овер А.И.. Посвящается на память семилетней дочери его В. А. Овер князем А. И. Долгоруким. М. – 1865. – С. 1-43.
7. Давидович И. Овер, Александр Иванович // Русский биографический словарь: в 25 томах // СПб.-М. – 1905. – Т.12. – С. 75-77.
8. Маргънов А.В. Научная и преподавательская деятельность бывшей Екатерининской больницы (прошлое ее клиник) / Сборник, посвященный 150-летию клинической больницы Московского государственного университета (б. Новоекатерининской больницы). М. – 1926. – С. 497-499.

9. Артемьев Е.Н. Александр Иванович Овер // Клиническая медицина. – 1955. – Т. 33. – № 4. – С. 88-93.
10. ЦИАМ, ф. 459, оп. 2, ед. хр. 473, л. 13.
11. Отчет о состоянии и действиях ИМУ за 1844-1845 академический и 1845 гражданский годы. – 1846, с. 18; Отчет... за 1845-1846 академический и 1846 гражданский годы. – 1847, с. 23.
12. Сточик А.М., Пальцев М.А., Затравкин С.Н. Медицинский факультет Московского университета в реформах просвещения первой трети XIX века. – М.: Медицина. – 2001.
13. Сеченов И.М. Автобиографические записки ... М.: Научное слово. – 1907. – .60-61.
14. Бородулин В.И. Клиническая медицина от истоков до 20-го века // Российское общество историков медицины. – М., 2015. – С. 255.
15. ЦИАМ, ф. 418, оп. 19, ед. хр. 277, л. 1 – 2.
16. Белоголовый Н.А. Сергей Боткин. Его жизнь и врачебная деятельность. С. Петербург: Типография товарищества «Общественная польза», 1892 г. – 80 с.
17. Беляева В. С., Ефремов Л.И. Анамнестический метод исследования больных – основополагающий метод российской клинической медицины // Гастроэнтерология. – 2008. – № 3. – С. 54-60.
18. Леонтьев К.Н. Воспоминание о Ф. И. Иноземцеве и других московских докторов 50-х годов / Собрание сочинений. Т. 9. – СПб.: Русское Книжное Товарищество «Деятель». – 1905. – С. 60.
19. Алексеев П.С. Воспоминания о профессоре Захарьине. – Врачебная газета. – 1904. – № 24, С. 720-724; № 25, С. 742-747.
20. ЦИАМ, ф. 418, оп. 25, ед. хр. 682, л. 1 – 3.
21. Тополянский В.Д. Доктор Захарьин: легенды и реальность. Антология. М.: Права человека, Новый хронограф. – 2009. – С. 383.
22. Воспоминания, мысли и признания человека, доживающего свой век смоленского дворянина // Русская старина. – 1896. – Т. 85. – Кн. 1. – С. 198-199.
23. Сокольский Г.И. Еще о покойном Овере // Моск. ведомости. – 1865. – № 31.
24. Пашков К.А., Саблина Н.А. Практикум по истории Отечества и истории медицины. – М.: МГМСУ, 2008.

СТАНОВЛЕНИЕ ФАБРИЧНО-ЗАВОДСКОЙ МЕДИЦИНЫ В ИВАНОВО-ВОЗНЕСЕНСКЕ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ XIX – НАЧАЛЕ XX ВЕКА

А.О. Бунин

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

FORMATION OF FACTORY MEDICINE IVANOVO – VOZNESENSK IN THE SECOND HALF OF THE XIX – EARLY XX CENTURY

А.О. Bunin

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

Аннотация: статья посвящается истории становления фабрично-заводской медицины в Иваново-Вознесенске в досоветский период. Анализируется процесс создания и развития специальной больницы для мастеровых и рабочих в городе, а также организация медицинской помощи непосредственно на фабриках.

Abstract: the article is devoted to the history of the formation of factory medicine in Ivanovo – Voznesensk in the pre-soviet period. Analyzes the process of creating and development of a special hospital for the workers in the city, as well as the organisation of medical care directly to factories

Ключевые слова: больница для рабочих, организация медицинской помощи, фабриканты, амбулатории, медицинский персонал

Key words: hospital for the workers, health care setting, factory owners, outpatient, nursing staff.

К началу 60-х годов XIX в. в селе Иваново и Вознесенском посаде (из них в 1871 году и был образован город Иваново-Вознесенск) организация медицинской помощи отсутствовала. Однако уже к началу Первой мировой войны в городе насчитывалось около 650 больничных коек, 34 амбулатории, 28 врачей. Причем фабрики и заводы внесли наибольший вклад в организацию медицинской помощи населению (по сравнению с городской и земской медициной).

К моменту образования города на его территории работали 43 фабрики и 5 заводов. И хотя фабриканты законодательно были не обязаны обеспечивать врачебную помощь своим работникам, именно по их инициативе в 1861 году в Вознесенском посаде появилась специальная больница для рабочих. Владимирский губернатор дал согласие на строительство больницы еще в 1857 году, Положение о ней было утверждено в 1860 году. Первоначально больни-

ца подчинялась ведомству Владимирского приказа общественного призрения, а с 1871 года – городскому обществу. Для управления больницей учреждался совет из директора, эконома (выбирались из среды фабрикантов на 3 года) и врача. Первым директором был избран почетный гражданин И.Н. Гарелин.

Землю для строительства больницы пожертвовал другой известный фабрикант и меценат Ф.П. Зубков. Средства на постройку первых корпусов больницы были частично собраны фабрикантами по добровольной подписке, а две трети внес Я.П. Гарелин.

Летом 1861 года больница на 50 коек начала свою работу. Первоначально она состояла из главного двухэтажного каменного здания, прачечной, кухни, часовни, бани (ГАИО. Ф.1. Оп.2. Д.54. л.34). К 1890 году главный корпус был перестроен и расширен, число коек выросло до 105. В связи с эпидемией холеры в Иваново-Вознесенске в 1892 году был построен корпус для инфекционных больных, в 1894 году больница пополнилась еще одним зданием для заразных больных на 40 коек.

Для докторов больницы в 1894 году было возведено специальное благоустроенное многоквартирное здание, а в 1898 году – двухэтажный дом для обслуживающего персонала (в том числе сиделок, которые до этого размещались в палатах).

В 1904 году на приобретенном участке земли по проекту архитектора С.В. Напалкова стал строиться каменный трехэтажный хирургический корпус на 100 коек с водяным отоплением и вентиляцией (ГАИО. Ф.2. Оп.1. Д.3869. л.30). Тогда же на пожертвования И.Н. Гарелина началось строительство детского отделения при больнице на 20 коек. Таким образом, в начале XX века число больничных коек достигло 355 (Отчет... за 1910 год: 30).

В 1870-1880-х годах уровень организации медицинской помощи в больнице был еще недостаточно высок: плохая вентиляция и скученность больных служили причинами заражения рожистым воспалением и тифозной горячкой, не выполнялись правила асептики, не проводилась дезинфекция (ГАИО. Ф.2. Оп.2. Д. 249. Л. 2).

В 1890 году при больнице была открыта своя аптека, в 1891 году был приглашен третий врач. К 1913 году число врачей выросло до 12 человек, фельдшерского и акушерского персонала – до 13 человек. В начале XX века в больнице появляются обособленные специальные отделения, и для заведования ими приглашаются врачи-специалисты (хирургическое; гинекологическое; женское терапевтическое; глазное; уха, горла и носа; кожно-венерологическое; детское). В 1903 году была учреждена должность дантиста, а в 1904 году при ряде отделений стали трудиться сестры милосердия (Отчет... за 1910 год: 31-32). В 1910 году в больнице появляется прозектор-бактериолог и открывается бактериологическая лаборатория, появляется единственный в городе рентгеновский кабинет (ГАИО. Ф.2. Оп.2. Д.646. Л.3). С 1907

года при больнице действует своя пекарня. Стационарные больные обеспечивались одеждой и 4-х разовым питанием. Детский корпус имел свою отдельную кухню (Отчет... за 1914 год:16017).

В летнее время больные имели возможность прогуливаться по больничным садам, которые имелись почти во всех корпусах. В больнице имелась библиотека, дети могли развлекаться игрушками. Распорядок посещений больных был аналогичен современному.

За время существования больницы значительно выросло число больных, получивших помощь. Если в 1861 году стационарных пациентов было лишь 153, то в 1913 году – уже 7066. Число амбулаторных больных в 1913 году достигло 45400 человек. Во время Первой мировой войны в 1914 году при больнице были созданы курсы для ускоренной подготовки сестер милосердия.

Для содержания больницы рабочие уплачивали больничный сбор в размере 70 копеек, финансирование дополнялось процентами с запасного капитала, штрафами, пожертвованиями частных лиц. Однако львиная доля расходов ложилась на фабрикантов, которые на добровольной основе перечисляли деньги на счет больницы по раскладке по числу занятых у них рабочих.

Помимо общей больницы, фабриканты содержали на предприятиях приемные покои (амбулатории с несколькими койками). Первый приемный покой открыл на своей фабрике Я.П. Гарелин еще в 1850 году, когда этого пока не требовало законодательство. После открытия больницы для мастеровых и рабочих работа амбулаторий замерла, однако с учреждением фабричной инспекции число приемных покоев стало расти. Как правило, амбулатории имели до 24 коек. На них помещались пациенты до направления в стационар. Приемный покой обеспечивался фельдшером и лекарствами, к нему прикреплялся и врач, работавший по совместительству (ГАИО. Ф.4. Оп.1. Д.327. Л.31). В 1897 году в Иваново-Вознесенске работало 23 приемных покоя, в 1912 году их число выросло до 26 (ГАИО. Ф.2. Оп.1. Д.4090. Л.22).

Таким образом, в начале XX века иваново-вознесенские рабочие имели возможность получить качественное амбулаторное и стационарное медицинское обслуживание.

Литература

1. Отчет больницы для мастеровых и рабочих города Иваново-Вознесенска за 1910 год. Иваново-Вознесенск, 1911.
2. Отчет больницы для мастеровых и рабочих города Иваново-Вознесенска за 1913 год. Иваново-Вознесенск, 1914.
3. Отчет больницы для мастеровых и рабочих города Иваново-Вознесенска за 1914 год. Иваново-Вознесенск, 1915.
4. Государственный архив Ивановской области (ГАИО). Ф.1. Дума Вознесенского посада. Оп. 2. Д. 54; Ф. 2. Городская управа Иваново-Вознесенска. Оп.1. Д. 3869, 4090. Оп. 2. Д. 249, 646; Ф. 4. Полицейское управление г. Иваново-Вознесенска Шуйского уезда Владимирской губернии. Оп. 1. Д. 327.

ИСТОРИОГРАФИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА КУБАНИ

Д.В. Веселова, А.Н. Редько

Кафедра общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, Краснодар

HISTORIOGRAPHICAL ASPECTS OF THE DEVELOPMENT OF MEDICINE AND HEALTHCARE IN THE KUBAN

D.V. Veselova, A.N. Redko

Federal state budgetary educational Institution of higher education Kuban State Medical Universiti Russian Ministry of Health, Krasnodar

Аннотация: авторы характеризуют основные исторические исследования по проблемам медицины и здравоохранения Кубани с конца XIX в. по настоящее время.

Ключевые слова: историография, система здравоохранения, региональная медицина, Краснодарский край, дореволюционный период, советский период, Великая Отечественная война.

Abstract: the authors characterize the main historical research on medicine and health of the Kuban to the late nineteenth century to the present.

Key-words: historiography, system of medical care, regional medicine, Krasnodarskiy krai, period before revolution, Soviet period, Great Patriotic War.

Изучение истории медицины является значимым элементом профессиональной подготовки врачей. Как справедливо, заметил А.Ю. Ионов «уважение и интерес к истории закономерны, так как это важная составляющая сохранения и развития цивилизации» (Ионов 2012). Анализ исторического развития системы здравоохранения в России и в отдельных её регионах позволит спрогнозировать возможные направления её развития в будущем.

В Государственном архиве Краснодарского края (ГАКК) и Центре документации новейшей истории Краснодарского края (ЦДНИКК) хранится значительное количество материалов, позволяющих раскрыть многие аспекты развития системы здравоохранения и медицинских знаний на Кубани, как в дореволюционный, так и в советский период.

Документы по истории становления и развития медицинского дела на Кубани в дореволюционный период представлены в следующих фондах ГАКК:

- Ф.249 – Канцелярия наказного атамана Кубанского казачьего войска;
- Ф.252 – Войсковое правление Кубанского казачьего войска;
- Ф.449 – Кубанское областное правление;
- Ф.498 – Екатеринодарская городская управа;

– Ф.670 – Коллекция документов по истории Кубанского казачьего войска и др.

Сведения о становлении системы здравоохранения в Краснодарском крае в довоенный период можно получить в документах следующих фондов ЦДНИКК:

- Ф.1 – Кубано-Черноморский областной комитет РКП (б);
- Ф.8 – Кубанский окружной комитет ВКП (б);
- Ф.9 – Черноморский (Новороссийский) окружной комитет ВКП (б);
- Ф.12 – Армавирский окружной комитет ВКП (б);
- Ф.17 – Краснодарский отдельный комитет РКП (б) и др.

В хранилищах ГАКК также находятся документы периода 1917-1941 гг., освещающие процесс развития и становления медицинского дела после установления советской власти на Кубани:

- Ф.1432 – Коллекция документов по истории здравоохранения Кубани;
- Ф.1629 – Кубанский медицинский институт им. Красной Армии и др.

Вместе с тем, при наличии столь значительной документальной базы, исследований, касающихся здравоохранения на Кубани, очень мало. В работах известных дореволюционных историков, таких как Е.Д. Фелицын и Ф.А. Щербина (Щербина 1996) мы можем найти сведения о борьбе с инфекционными заболеваниями, создании госпиталей и Врачебных управ, в работе другого дореволюционного исследователя К. Мовчана (Мовчан 1915) содержится информация о создании первого медицинского учреждения на Кубани – военно-фельдшерской школы.

В советский период стало больше работ по истории русского и советского здравоохранения, но при этом отдельных исследований по истории кубанской медицины по-прежнему практически не было. Особого внимания заслуживает работа Г.В. Абушкевича, посвящённая вопросам развития здравоохранения Кубани с древнейших времён до середины 1960-х гг. [1]. В трудах отдельных исследователей, например, М.К. Кузьмина (2010) и Б.Д. Петрова (Петров 1962), можно найти эпизоды, посвящённые становлению и развитию кубанского здравоохранения. Несколько авторов описали становление медицинского образования на Кубани, в первую очередь это Н.Ф. Мельников-Разведёнков (Мельников-Разведёнков 1922), А.Г. Ковальская и Б.А. Войцехович (Войцехович 1991), которые исследовали развитие Кубанского государственного медицинского университета (Алексеенко 2010). К юбилеям медицинских учреждений создавались отдельные сборники статей, например, подобные сборники были изданы к 200-летию Краснодарской краевой клинической больницы (2016) и к 90-летию Кубанского государственного медицинского университета (2010).

С 1991 года начинается новый этап в изучении медицины в нашей страны. В этот период усиливается интерес исследователей в региональ-

ной истории. Общие аспекты развития здравоохранения на Кубани затронуты в трудах многих известных кубанских историков, таких как В.Н. Ратушняк (Ратушняк 1996) и Б.А. Трёхбратов (Трёхбратов 1997). Очерки по истории медицины Кубани, охватывающие период с древнейших времён до 1960-х гг., были написаны исследователями Ю.В. Ионовым и А.Ю. Ионовым (Ионов 2009).

История медицины и системы медицинского образования в Южном регионе в XIX – 1940-х гг. подробно рассмотрена в диссертации В.Г. Василенко (Василенко 2006). В диссертации М.Е. Игнатовой, посвящённой истории национальных районов Кубани, описаны отдельные эпизоды развития системы здравоохранения в Ванновском и Греческом районах Краснодарского края в 1930-е гг. (Игнатова 2005). История становления и развития системы медицинского образования по-прежнему является актуальной. Военно-фельдшерская школа Екатеринодара описана в статье С.В. Жабчика (Жабчик 2002). Ряд исследователей занимались вопросами развития среднего медицинского образования в Армавире, например, В.Г. Василенко и Ю.А. Стецюра (Стецюра 2000, Стецюра 2002). Работа Кубанского государственного медицинского университета также оставалась в фокусе внимания различных авторов, таких как М.Ю. Беликов (Беликов 2005), Б.Г. Ермошенко (Ермошенко 2000), Г.Н. Ковальский (Супрунов 1958), Б.А. Войцехович (Войцехович 2000), С.Н. Алексеенко (Алексеенко 2016, Алексеенко 2010), А.Н. Редько (Редько 2010) и др.

Особое место занимают исследования вклада кубанских медиков в лечение и реабилитацию советских солдат и офицеров в годы Великой Отечественной войны. Общие вопросы организации здравоохранения в СССР в предвоенные, военные и послевоенные годы затронуты в монографиях Е.И. Смирнова (Смирнов 1989, Смирнов 1979). Уже упоминавшийся нами М.Ю. Беликов изучал проблемы высшего медицинского образования в годы ВОВ (Беликов 2004). Часть исследований посвящено работе госпиталей в городах-курортах Краснодарского края – Геленджике (Завьялов 2005) и Сочи (Бершадская 2005, Горбунов 2011, Кучерова 2005). Роль медиков в партизанском движении на Кубани описана в статье М. Дымного, опубликованной в 1945 году (Дымный 1945). Деятельность Красного Креста в период Великой Отечественной войны на Кубани исследована в статье А.Г. Ковальской (Ковальская 1991). Жизнь медиков в условиях оккупации описана в статье Т.К. Хоменко (Хоменко 2011).

Таким образом, с конца XIX в. по настоящее время исследователями были достаточно подробно изучены вопросы становления и развития системы здравоохранения и медицинского образования на Кубани. Наибольшее количество трудов посвящено истории Кубанского государственного медицинского университета и деятельности кубанских медиков в годы Великой

Отечественной войны. Обобщающих трудов по истории кубанской медицины и развитию системы здравоохранения на Кубани, авторами выявлено не было, что предполагает возможность создания монографии по данной проблеме.

Литература

1. Абушкевич Г.В. Достижения сельского здравоохранения на Кубани/Г.В. Абушкевич, Б.Х. Букринская // Здравоохранение Российской Федерации. -1969.-№ 4.-С. 3-5.
2. Алексеенко С. Н., Редько А. Н., Никулина Е. Л./ К 150-летию первого ректора Кубанского государственного медицинского университета профессора Н.Ф. Мельникова-Разведенкова/ Международный студенческий научный вестник: материалы 77-й межрегион. научно-практ. конф., посвящ. –150-летию со дня рождения профессора Н.Ф. Мельникова-Разведенкова. -Краснодар, 2016. – С.24-27.
3. Алексеенко С.Н. Медицинская наука на Кубани: этапы большого пути/ Кубанский научный медицинский вестник. – 2010. – № 5. – С. 5-8.
4. Беликов М.А. Особенности подготовки врачебных кадров в 1941-1943 гг. (по материалам Кубанского медицинского института им. Красной Армии) // Великая Отечественная война в контексте истории XX века: материалы междунар. науч.-практ. конф. (Адлер, 27-31 мая 2005 г.). – Краснодар, 2005.– С. 18-20.
5. Беликов М.А. Высшее медицинское образование на Кубани в годы Великой Отечественной войны // Россия в войнах XX века: материалы 7-й Всерос. науч.-практ. конф.(Адлер, 27-30 мая 2004 г.).– Краснодар, 2004. – С.22-23.
6. Бершадская О.В. Подвиг милосердия: о работе сочинской госпитальной базы в годы Великой Отечественной войны // Великая Отечественная война в контексте истории XX века: материалы междунар. науч.-практ. конф. (Адлер, 27-31 мая 2005 г.). – Краснодар, 2005. – С. 25-28
7. Василенко В.Г. История здравоохранения и медицинского образования на Дону и Северном Кавказе (XIX в.-1940 г.): дис. ... канд. ист. наук: 07.00.02/ Василенко Виктория Густавовна. – Армавир, 2006. – 253 с.
8. Войцехович Б.А. Кубанская государственная медицинская академия (1920-2000 гг.). – Краснодар, 2000. – 255с.
9. Войцехович Б.А., Ковальская А.Г. К истории организации первого медицинского вуза на Кубани // Советское здравоохранение. – 1991. – № 5. – С. 70-72.
10. ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С. В. Очаповского» – 200 лет на страже здоровья // Информационно-аналитические материалы/ Сборник научных работ.– Краснодар, 2016- 140с.
11. Горбунов А.В. Город-госпиталь: Сочи в годы Великой Отечественной войны. // Над Кубанью. – 2011. – 3 дек. – С. 7.
12. Дымный М. Медицинские сестры Кубани в партизанских отрядах // Медицинская сестра. – 1945. – № 3.– С. 29-30.
13. Ермошенко Б.Г. Кубанской Государственной медицинской академии 80 лет // Южно-Российский медицинский журнал. – 2000. – № 5-6. – С. 8-12.
14. Завьялов А.Л. Госпитали Геленджика в годы Великой Отечественной войны: история повседневности // Великая Отечественная война: история, документы и факты: материалы регион. научно-практ. конф., посвящ. 60-летию окончания Великой Отечественной войны (23-27 мая 2005 г.). – Краснодар – Тимашевск, 2005. – С. 69-77.
15. Жабчик С.В. К истории военно-фельдшерской школы в г. Екатеринодаре // Освоение Кубани казачеством: вопросы истории и культуры. – Краснодар, 2002. – С. 177-193.

16. Игнатова М.Е. Греческий и немецкий (Ванновский) национальные районы Краснодарского края в 20-40-е гг. XX века: дис. ... канд.ист.наук: 07.00.02/ Игнатова Марина Евгеньевна. – Краснодар, 2005. – 134 с.
17. Ионов А. Ю. О книге «Из истории медицины Кубани» // Международный журнал экспериментального образования. – 2012. – № 4. – С. 96.
18. Ионов Ю.В., Ионов А.Ю. Из истории медицины Кубани. – Краснодар: Традиция, 2009. – 176 с.
- 19.Ковальская А.Г. Деятельность Красного Креста на Кубани в период Великой Отечественной войны / КМИ // Медицинская Сестра. – 1991. – № 10. – С. 61-62.
20. Козьмин М.К. История медицины. – М.: Медицина, 1978. – 199 с.
21. Кубанский государственный медицинский университет. 1920-2010/Кубан. гос. мед. ун-т. –Краснодар, 2010. – 160 с.
22. Кучерова И. А. К вопросу о работе госпитальной базы города Сочи в годы Великой Отечественной войны // Гуманитарные науки: исследования и методика преподавания в высшей школе: материалы 2-й Всерос. науч.-метод. конф. (г. Сочи, 6-7 мая 2003 г.). – Сочи, 2005. – Ч. 1. – С. 193-196.
23. Мельников-Разведенков Н.Ф. Сказка действительности о Кубанском медицинском институте // Известия Общества любителей изучения Кубанской области / Под ред. Б.М. Городецкого. – Краснодар: 4-ая типография Кубчерполиграфтреста, 1922. –Вып. 7. – С. 103-107.
24. Мовчан К. Екатеринодарская военно-фельдшерская школа –Екатеринодар, 1915. – 48 с.
25. Очерки истории Кубани с древнейших времен по 1920 г. / Под ред. В.Н. Ратушняка. – Краснодар: Советская Кубань, 1996. – 656 с.
26. Петров Б.Д. Очерки истории отечественной медицины. – М.: Государственное издательство медицинской литературы, 1962. – 304 с.
27. Редько А.Н. Научные школы и ведущие научные направления в Кубанском государственном медицинском университете в начале XXI века/ Кубанский научный медицинский вестник. – 2010. – № 5. – С. 85-91.
28. Смирнов Е.И. Медицина и организация здравоохранения (1947-1953) – М.: Медицина, 1989. – 432 с.
29. Смирнов Е.И. Война и военная медицина. – М.: Медицина, 1979. – 524 с.
30. Супрунов В.К., Ковальский Г.Н. Исторический путь Кубанского медицинского института им. Красной Армии // Докл. науч. Сессии Кубан. Мед. ин-та, посвящ. 40-летию Великой Окт. Соц. Революции. – Краснодар, 1958. – С. 73-92.
31. Стецура Ю.А., Василенко В.Г. Армавирское медицинское училище. Этапы возникновения, становления и развития. 1929-2000. – Армавир, 2000. – 70 с.
32. Стецура Ю.А., Василенко В.Г. Зарождение, развитие среднего медицинского образования в г. Армавире. – Армавир, 2002. – 180 с.
33. Хоменко Т.К. Медики Кубани: жизнь в оккупации (1942-1943 гг.) // Санаторно-курортное лечение и отдых в Анапе. – 2011. – № 13. – С. 79-80.
34. Щербина Ф.А., Фелицын Е.Д. Кубанское казачье войско. 1696-1888 гг.: сб. крат. сведений о войске. – Краснодар: Советская Кубань, 1996. – 489 с.
35. Энциклопедический словарь по истории Кубани с древнейших времен до октября 1917 г. / Под ред. Б.А. Трехбратова. – Краснодар: Эдви, 1997. – 560 с.

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ВОЕННОСЛУЖАЩИМ И ГРАЖДАНСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ В ГОДЫ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ НА КУБАНИ

Д.В. Веселова, А.Н. Редько

Кафедра общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, Краснодар

THE MEDICAL CARE TO MILITARY AND CIVILIAN POPULATION DURING THE FIRST WORLD WAR IN THE KUBAN

D. V. Veselova, A. N. Redko

Federal state budgetary educational Institution of higher education Kuban State Medical University Russian Ministry of Health, Krasnodar

Аннотация: в статье рассмотрена проблема организации медицинской помощи в период Первой мировой войны.

Ключевые слова: Кубанская область, медицинская помощь, Российская Империя, Первая мировая война.

Abstract: the article considers the problem of organization of medical care during the First world war.

Key-words: Kuban region, medical assistance, the Russian Empire, the First world war.

В нашей стране общественное здравоохранение как область практической деятельности на разных этапах своего становления всегда выражало социальные и экономические, политические и идеологические взгляды на формирование здоровья и организацию медицинской помощи населению (Алексеенко 2010).

Значение медицины в годы войны неопределимо. Колоссальную работу на фронте и в тылу проводят врачи, обеспечивая медицинской помощью население и раненых воинов. Медицинские работники предотвращают распространение различных эпидемий, а сделать это во время войны невероятно трудно в связи с социальным, экономическим кризисом, и так как в воюющей стране царит антисанитария. В годы Первой и Второй мировых войн врачи спасали миллионы человеческих жизней, зачастую ценою жизни собственной. В такое нелегкое время врачебное дело тесно связано с военным.

Целью работы является изучение организации медицинской помощи в Российской Империи в период Первой мировой войны.

Первая мировая война 1914-1918 гг. была наиболее кровопролитной и беспощадной в истории. Оказание медицинской помощи в сухопутных войсках и военно-морском флоте стало главной задачей врачей (Вилижинская 2016).

В России свирепствовали эпидемии холеры, брюшного и сыпного тифа, «испанки», тропической малярии. Более половины детей не доживали до пятнадцати лет. Высокая детская смертность объяснялась распространением таких болезней как коклюш, скарлатина и дифтерит. Положение усложнялось некачественным оказанием медицинской помощи: острой нехваткой медицинских кадров, недостаточным количеством и малой вместимостью больниц, а также отсутствием медикаментов в связи с низкой организацией аптечного дела (Бочкарева 2014). К тому же запущенная система водоснабжения и очистки городов, а также низкий уровень санитарной культуры населения усугубляли эпидемиологическую ситуацию (Сорокина 2006). Вся социальная сфера, в том числе и охрана здоровья населения, была подорвана экономическими и военными трудностями, угрозой голода и эпидемиями. Медицинское дело было децентрализовано по ведомствам, финансирование которых осуществлялось за счет бюджетов земств. Оно держалось на самодеятельной работе земских врачей (1915).

После объявленной мобилизации в русскую армию, были призваны 6348 врачей запаса и 2754 врачей ополчения старше 45 лет дополнительно к уже имевшимся 3575 кадровым врачам. Также неоднократно осуществлялся призыв зауряд-врачей. Несмотря на принятые меры, нехватка врачебного состава в русской армии к 1916 г. составляла 2700 чел., а весной 1917 г. недостаток врачебного персонала составлял уже 3151 человек. К находившимся на службе 9600 кадровым фельдшерам по объявлению мобилизации прибавились 16000 «запасных фельдшеров». Далее в дополнение к ним было направлено еще 6155 фельдшерских учеников, 344 из них только что окончивших фельдшерские школы. В действующей армии и ее лечебных учреждениях трудились 24966 сестер милосердия Общины Красного Креста и других общественных организаций (Корнюшко 2006, Гладких 2014). Сестрами милосердия также являлись супруга последнего императора Николая II Александра Федоровна, их дочери Татьяна, Ольга, Мария, Анастасия, и другие женщины императорской фамилии. Обеспеченность русской армии средним медицинским персоналом была несколько лучше.

Использование врачебного корпуса, к сожалению, было крайне нерациональным: районы, которые остро нуждались в хирургах, подчас были в избытке психиатрами, акушерами или санитарными врачами. В госпиталях работали молодые и менее опытные доктора, а в войсковых районах большая часть врачей была пожилого возраста. Нехватка медицинских кадров послужила толчком для введения обязательной службы женщинам-врачам в военно-лечебных учреждениях фронтового подчинения и преимущественно тыла страны. В госпиталях не хватало чистого белья, кроватей, больные были вынуждены лежать на соломе и голых досках. Все это приводило к гибели десятков тысяч человек. Ситуацию усугубляли инфекционные забо-

левания. В первые четыре месяца после начала войны было выявлено 8758 случаев заболеваний холерой и российскому военному командованию пришлось активно включиться в борьбу с этой инфекцией. Создавались санитарно-дезинфекционные отряды, а также санитарно-бактериологические лаборатории. Большую роль по борьбе с инфекционными заболеваниями сыграли передвижные вокзальные обсервационные пункты, в которых проводилась вакцинация против холеры. В армии для борьбы с инфекциями организовывались санитарно-гигиенические отряды, которые занимались обеззараживанием окопов, вокзалов, медицинских заведений (РГВИА).

Достижением в годы Первой мировой войны является становление стандартом в военной медицинской системе сортировки раненных. В связи с неспособностью медицинской службы справиться с массовым поступлением пациентов, остро был поставлен вопрос об очередности лечения. Своевременная первая медицинская помощь раненым, быстрый сбор и вынос их с поля боя всегда были связаны с большими трудностями и требовали привлечения значительных сил и средств. Для сохранения максимального количества жизней требовалась грамотная расстановка приоритетов оказания медицинской помощи. Данная проблема в принципе характерна для любых военных действий, но в условиях Первой мировой войны с ее новыми видами вооружения и соответственно получаемыми ранениями в невиданных прежде масштабах, актуальность быстрого и качественного оказания медицинской помощи возросла многократно. Одним из важнейших нововведений стала система медицинской сортировки раненных и пострадавших.

Согласно стратегической задаче медицины в военное время, борьба за жизнь раненого начиналась сразу после ранения непосредственно на поле боя. Медицинский персонал понимал, что, помимо несовместимых с жизнью травм, главная причина гибели раненных - шок и кровопотеря. Поэтому важнейшими условиями успеха были сроки оказания первой квалифицированной медицинской помощи. Солдат на носилках доставляли с поля боя в медицинский пункт полка. Далее, при необходимости, их везли в эвакуационный пункт, а затем на санитарном поезде в эвакуационный госпиталь. В предыдущих войнах медицинскую помощь оказывали недалеко от мест сражений, что подвергало раненых и медицинский персонал огромной опасности. На фронтах действующей армии имелись полевые аптеки. Централизованно стали применяться «рентгеновские станции». Для этих целей были созданы летучие хирургические отряды под руководством Общества Красного Креста.

Неоценимый вклад для повышения качества лечения раненных внесли периодическая медицинская печать и монографические издания выдающихся деятелей отечественной медицины. Были изданы 53 работы по санитарной тактике, 859 работ по военно-полевой хирургии и в 95 работах были описаны эпидемиология и военная гигиена.

В годы Первой мировой войны стала активно развиваться зубоврачебная помощь. В России военная стоматология получила свое развитие благодаря работе прогрессивно настроенных учёных, военных хирургов и зубных врачей, а также деятельности различных общественных организаций. В начале Первой мировой войны увеличилось количество солдат с ранениями челюстно-лицевой области. Полевые хирурги пришли к мнению, что оказать специализированную медицинскую помощь возможно лишь при взаимодействии трех специалистов: хирурга, зубного врача и зубного техника. Более того, оказать подобного рода помощь можно было только в специализированных лечебных учреждениях. Это привело к открытию учреждений стоматологического профиля (лазареты, госпитали, челюстные отделения, одонтологические кабинеты) в Москве, Петрограде, Киеве, Варшаве. Главным инспектором челюстных госпиталей был назначен Ф.А. Звержховский. В этот период были созданы «военно-тыловая» (Г.-З.И. Вильга) и «военно-полевая» (С.С. Тигерштедт) системы иммобилизации огнестрельных переломов нижней челюсти, которые «дополняли друг друга и в известной степени обуславливали в то время этапность лечения раненых с переломами челюстей». В Петроградском военном округе были организованы курсы усовершенствования по стоматологии для военных врачей (Вильга 1919, Тигерштедт 1916). Таким образом, к середине войны в России появилась группа челюстно-лицевых хирургов и ортопедов-стоматологов, которые были способны оказать своевременную и качественную помощь раненым в челюстно-лицевую область (Величко 1916, Солдатов 2005).

Активное участие в Первой мировой войне приняла Кубанская область. Тысячи казаков были отправлены на фронт. Казачье войско составляло значительную часть кавалерии русской армии и отличалось прекрасной боевой подготовкой. К началу войны конный полк состоял из 22 офицеров и 867 военных нижних чинов. К лету 1915 г. на фронте находилось уже 97 тыс. кубанцев, а всего мобилизовано было 12% казачьего населения, что явилось самой масштабной мобилизацией в истории казачества (Абдулатипов 2006).

Мобилизация на Кубани, начавшаяся 19 июля 1914 г., не прекращалась практически до окончания войны. С 1914 г. по 1915 г. Кубанская область дала действующей армии 33 конных полка, 18 пластунских батальонов, 5 конных артиллерийских батарей, несколько десятков конных и несколько сотен пеших, и других подразделений общей численностью в 59 тысяч кубанцев (Абдулатипов 2006).

В Екатеринодаре открывались лазареты, организовывались «кружечные» сборы Красного Креста, устраивались «недели белья», проводился сбор рождественских и пасхальных подарков воинам. 4 ноября 1915 года состоялся «день служащего» чиновники перечисляли на нужды войны свой однодневный заработок. С театральных билетов был установлен пятикопе-

ечный сбор, с трамвайных – однокопеечный. Газета «Кубанские ведомости» проводила свои акции по сбору средств на «кровать имени читателей этой газеты», то есть на содержание койки в госпитале. В пользу армии часть своих гонораров отдавали артисты и общественные деятели.

Сразу после начала войны поезда с ранеными и беженцами стали часто прибывать в Екатеринодар. Очень быстро город начал страдать от перенаселения. Что привело в 1917 году к проблемам с продовольствием. Власти почти не контролировали ситуацию: торговая полиция не успевала следить за соблюдением цен, активно процветала спекуляция, участились квартирные кражи и уличные грабежи. Но медицинские учреждения Кубани работали, не взирая на трудности войны. Кубанские врачи и сестры милосердия проявляли мужество и на полях сражений. Например, Кубанская казачка сестра милосердия Матвеева за один только бой вынесла около тридцати раненых, за что была награждена медалью на Георгиевской ленте и стала первой женщиной – георгиевским кавалером.

Сведения о санитарных потерях во время войны остаются разноречивыми, так как в связи с наступлением революции в 1917 году санитарно-статистический отчет по Первой мировой войне составлен не был. Потери медицинского состава русской армии неоспоримо велики. По данным М.В. Тарасонова они составили 366 врачей, 690 «школьных» фельдшеров, 434 ротных фельдшера, около 3500 носильщиков (Тарасонов 1968).

Таким образом, для России и ее медицинского корпуса Первая мировая война стала величайшим испытанием. Значительные потери медицинских кадров при недостаточно высокой результативности их труда, безусловно, свидетельствуют о неоправданности этих жертв и не эффективной в тот период организации военно-медицинской системы, несмотря на более усовершенствованное оказание медицинской помощи за годы войны. Несовершенство санитарной службы явилась следствием тяжелого санитарно-эпидемиологического положения в стране, решением этой проблемы командование российской армии видело не предупреждение появления заболеваний, а сдерживание их распространения по территории империи. Война стала причиной роста кризисных явлений в экономике, привела к обострению социальных и политических противоречий и подтолкнула страну к революции.

Литература

1. Абдулатипов Р.Г. Мой русский народ: кубанские казаки/ Серия «Народы моей России». Библиотека Ассамблеи народов России. Научно- популярное издание. –М.: Классик Стиль, 2006. – 160 с.
2. Алексеенко С.Н. Медицинская наука на Кубани: этапы большого пути/ Кубанский научный медицинский вестник. – 2010. – № 5. – С. 5-8.
3. Бочкарева А.С., Або Х.М. К вопросу организации медико-санитарного дела в годы Первой Мировой войны // Первая мировая война как пролог XX века – века войн и револю-

ций. К 100-летию Первой мировой войны: Материалы международной научно-практической конференции 11 декабря 2014 г. – Краснодар: КубГТУ, 2015. – С.137-141.

4. Величко Г.И. Основные принципы лечения огнестрельных переломов челюсти / Г.И. Величко // Врачеб. газ. – 1916. – № 23. – С. 372.
5. Вилижинская К.А., Исакова Э. Достижения медицины в годы Первой мировой войны // Бюллетень медицинских интернет-конференций, 2016. – Т. 6. – С. 548.
6. Вильга Г.И. Помощь на фронте раненым в челюсть: рук. для врачей и студентов: с 77 рис. – М. Нар. комиссариат здравоохранения, 1919. – 54 с.
7. Гладких П.Ф., Бумай О.К., Корнюшко, И.Г. [и др.]. Очерки истории отечественной военной медицины. Наше открытие «забытой войны». Военная медицина накануне и во время последней войны Императорской России. 1906–1917 гг. Кн. XXII. – СПб.: Союз писателей Петербурга, 2014. -540 с.
8. Корнюшко И.Г., Гладких П.Ф., Локтев, А.Е. Медицинская служба Русской армии накануне и в ходе Первой мировой войне 1906-1917 гг. // Очерки истории отечественной военной медицины. – Кн. 3. – Уфа, 2006. – 318 с
9. Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России за 1913 г. Петроград, 1915. – 296 с.
10. Российский государственный военно-исторический архив Ф. 2126. Оп. 5. Д. 18. Л. 19.
11. Солдатов И.К. Организация оказания стоматологической помощи прикрепленным контингентам в территориальной системе медицинского обеспечения военного округа. Дис. ... канд. мед. наук. Санкт-Петербург, 2015.
12. Сорокина Т.С. История медицины: учебник для студентов высших медицинских учебных заведений. – М: Издательский центр «Академия», 2006. – 560 с.
13. Тигерштедт С.С. Военно-полевая система лечения и протезирования огнестрельных челюстных ранений. – Пг., 1916. – 33 с.
14. Тарасонов В.М. О боевых потерях в личном составе медицинской службы на поле боя во время Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. :автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1968.

К 155 ЛЕТИЮ НАУЧНО-МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВ ВРАЧЕЙ ВОСТОЧНОЙ СИБИРИ

Г.М. Гайдаров

Т.И. Алексеевская

Иркутский государственный медицинский университет

TO THE 155TH OF SCIENTIFIC MEDICAL SOCIETIES OF DOCTORS EASTERN SYBERIA

G.M. Gaidarov

T.I. Alekseevskaya

Irkutsk State Medical University

Аннотация: представлены материалы по деятельности научно-медицинских обществ во второй половине XIX, начале XX в Восточной Сибири, показано зарождение медико-топографических исследований.

Ключевые слова: Научно-медицинское общество, эндемичные заболевания, научные труды.

Annotation: This article is devoted to the activity of scientific medical societies in the second half of the XIX and early XX centuries. It represented the origins of medical topographical researches.

Key words: scientific medical society, endemic diseases, researches

Научно-медицинские Общества стали возникать в России во второй половине XIX века по инициативе практических врачей. Общество врачей Восточной Сибири было одним из первых в провинции и четвертым по времени возникновения в России (1863 г.) Начало ему положили Г.В. Вейрих и К.В. Кинаст при активном участии Н.А. Белоголового. Организация такого Общества в Иркутске раньше чем в других провинциальных городах России, – событие, значение которого трудно переоценить. Общество врачей стали своеобразным проводником передовых тенденций в изучении состояния здоровья населения, оказании медицинской помощи населению, в популяризации научных направлений и гигиенических идей в деятельности уездных врачей. Согласно Уставу, главная цель Общества состояла в «научном единении врачей Восточной Сибири, в изучении местности, климата, образа жизни и болезней, господствующих в Восточной Сибири». Впервые сообщение о существовании Общества врачей в Иркутске было сделано военным врачом Н.И. Кашиным в «Иркутских губернских ведомостях». Первым председателем Общества врачей в Иркутске был избран штаб-доктор Ю.А. Гольтерман, первым секретарем-ординатор военного госпиталя И.Ю. Карпович. На заседаниях Общества обсуждались описание эпидемий, сведения о физических качествах новобранцев, исследования минеральных вод, метеорологические наблюдения. Обществом были обоснованы и выработаны проекты практических мероприятий по разным санитарно-эпидемиологическим вопросам. Членами Общества разработан «Проект оздоровления города Иркутска», предоставленного в городскую думу в 1887 г., организован статистический учет смертности, позднее – заболеваемости населения. Было положено начало медико-топографическому изучению болезней, впервые стали изучать краевую патологию.

В 1860 г. врачом-ученым Н.И. Кашиным была составлена одна из первых программ медико-топографических описаний населенных мест – «Медико-топографическое описание Князе-Константиновской дистанции Нерчинского округа». В работе «Описание эндемичных и других господствующих болезней по р. Урону» он осветил особенности распространения в этом крае зоба и других заболеваний. В 1861 г. главный врач Иркутского военного госпиталя Н.И. Кашин защитил в Московском университете докторскую диссертацию «О пузырьчатых глистах или гидатидях в разных органах человеческого

тела», написанную на основании его личных наблюдений. Это была первая работа характеризующая широкое распространение глистных заболеваний среди сибирского населения. Вслед за этой работой Кашина последовали медико-топографические описания, составленные якутскими врачами И.М. Петуховым и Ф.Ф. Шперком.

Общество врачей Енисейской губернии возникло в 1886 г. в Красноярске. Первым председателем общества был избран П.И. Можаров, секретарем – В.М. Крутовский. Общество за 25 лет провело 382 заседания. В целях поощрения научной деятельности Общество в 1912 г. учредило премию за лучшую научную работу по изучению Енисейской губернии «в медико-топографическом, статистическом и других отношениях». М.Ф. Кривошапкин, будучи оператором Енисейской врачебной управы, в 1858 г. написал «Трактат об огнестрельных ранах вообще и о лечении их». Эта монография была единственной в свое время. В 1863 г. после заграничной командировки Кривошапкин защитил в Казанском университете докторскую диссертацию «Об экразировании вообще, и о применении его к отнятию геморроидальных опухолей и узлов в особенности». В 1865 г. он опубликовал труд «Енисейский округ и его жизнь», представляющий собой всестороннее медико-топографическое описание.

Следующим по времени (1893 г.) возникновения обществ в Восточной Сибири было Забайкальское Общество врачей в г. Чите. Инициатором его создания были В.Я. Кокосов, П.С. Алексеев и Н.В. Кирилов. Первые годы были периодом наибольшей активности Общества за все 30 лет существования. Научная деятельность Общества в Чите касалась клинических вопросов, по краевой эпидемиологии, демографии Забайкалья, статистике заболеваемости, общественно-медицинским и санитарным вопросам, народной медицине. Наиболее плодотворной была научная деятельность выдающегося врача Сибири Н.В. Кирилова, перу которого принадлежит около 100 печатных работ. Забайкальское Общество врачей издало всего 3 выпуска своих «Протоколов и трудов». В последующие годы деятельность Общества почти совсем прекратилась и до революции 1917 г. проявлялась лишь эпизодически. Позднее были созданы Общества врачей в Томске, Омске, в Николаевске на Амуре, Тобольске, Якутске, Благовещенске, Владивостоке.

Научные медицинские общества возникли в результате потребности врачей в систематических общениях, для коллективного обсуждения наиболее интересных и важных вопросов.

Одним из важнейших стимулов к созданию врачебных обществ являлась потребность занятий научными исследованиями и, прежде всего, потребность изучения края, его особенностей, господствующих болезней и причин их вызывающих, что нашло отражение в уставах обществ.

Таким образом, научные медицинские общества были центрами, объединяющими усилия ученых и врачей, организациями, где апробировались

научные исследования и открытия, они осуществляли связь науки и практики. Сибирские научно-практические общества в какой-то мере компенсировали отсутствовавшие здесь губернские и уездные съезды врачей, практиковавшиеся в земских губерниях.

Литература

1. Бек А.Н. Одна из неотложных задач научной медицины в Забайкалье // Медицинский журнал Забайкальского общества врачей. – 1922–1923. – С. 364–367.
2. Малоземова А.И. Из истории здравоохранения в Иркутской области. – Иркутск : Иркутское книжное издательство, 1961. – 180.
3. Степанов П.Ф., Топоров Г.Н. Военные врачи Н.И. Кашин и Е.В. Бек – первые исследователи Уровской болезни в Забайкалье // Военно-медицинский журнал. – 1959. – № 4. – С. 87–89.
4. Федотов Н.П., Мендрин Г.И. Очерки по истории медицины и здравоохранения Сибири Издательство Томск. Изд. Томского государственного университета, 1975 г. – 260.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В КИЗЛЯРСКОМ ГАРНИЗОНЕ В XVIII В.

А.Н. Гарунов

ГУЗ Тульский областной онкологический диспансер

ORGANIZATION OF HEALTH CARE IN THE KIZLYARSKY GARRISON IN THE XVIII CENTURY

A.N. Garunov

Tula Regional Oncology Center

Аннотация: в статье на основе архивных документов рассмотрена организация медицинской помощи в Кизлярском гарнизоне XVIII в., приведены данные о количестве больных и здоровых военных чинов, проанализированы виды заболеваний, рассмотрено снабжение гарнизонных лазаретов, акцентировано внимание на связи заболеваний с экологическими факторами.

Abstract: In the article, the organization of medical aid in the Kizlyar garrison of the XVIII century is considered in the article, the data on the number of sick and healthy military ranks are analyzed, the types of diseases are analyzed, the supply of garrison infirmaries is considered, and the connection of diseases with environmental factors is emphasized.

Ключевые слова: гарнизон, госпиталь, лекарь, лазарет, эпидемия, лекарство, болезнь.

Key words: garrison, hospital, healer, infirmary, epidemic, medicine, illness.

С основанием крепости Кизляр в 1735 году и установлением четкой границы по левому берегу Терека, российское государство начало целенаправленное освоение Предкавказских степей. Однако, как указывает исследователь Емельянов О.Б., (Емельянов 2009:99), на пути успешного закрепления на южных рубежах стояли не только всевозможные политические и экономические трудности, связанные с противодействием соседних азиатских держав, переменчивой позицией местных феодальных владетелей, отсутствием разветвленной сети транспортных коммуникаций, отдаленностью от центральных областей страны и т.д., но и неожиданно возникли препятствия, на которые не сразу обратили внимание в высоких правительственных кабинетах Санкт-Петербурга.

В первую очередь, совершенно не была учтена неблагоприятная экологическая ситуация в ближайших окрестностях от административно-политического центра российского Северного Кавказа. В связи с чем, наблюдалась значительная смертность среди местного военного гарнизона и переселившихся семей казаков, многие из которых «померли, бесследно пропали и бежали» (Гарунова 2009:114). Периодические суховеи, частые пылевые бури, жаркий климат, от которого, по мнению местных врачей, «жидкости в теле высушиваются, кровь огустевает, силы истощаются и действие сердца ослабевает» (Чистович 1860:109), непривычные продукты питания, обилие камышовых болот, в которых беспрепятственно размножались «мириады» малярийных комаров, существенно осложняли жизнь подданным России. Доктор В. Гевитт, проживавший в Кизляре с 8 февраля 1755 г. по июнь 1756 г., в своих отчетах упоминал, что «вода как для кизлярских жителей, так и для казаков по реке Терек живущих, употребляемая, из Терека берется, особливо как колодезная вода, хотя и несколько колодцев есть, но в них вода всегда соленая и к употреблению не способна бывает» (Чистович 1860:109).

Правительственный инспектор врач Георг Раппе, часто посещавший прикаспийские районы Северного Кавказа по роду своей служебной деятельности, отчетливо видел причины малого количества жителей Кизляра, получившего «свое существование не правильно во имя гигиены» и 23 ноября 1797 г. отослал свои наблюдения главному директору Медицинской коллегии барону А.И. Васильеву. Подробно характеризуя сложившуюся ситуацию в области здравоохранения, он в одном из пунктов отмечал, что местные жители от многих недугов лечатся самостоятельно, для чего вынуждены употреблять молодое виноградное вино, имеющее в себе «много твердого воздуха», которое моментально «ободряет кровь, удерживает гнилость и слабит, что во всех желчных болезнях нужно, и... в Кизляре лихорадки и желчные болезни между обывателями прекращаются, как скорое новое вино поспеет. Сверх всего этого ни в Кизляре, ни в окрестностях оно, где нового вина пьют много, никаких хронических болезней нет» (Чистович 1860:110).

В свое время, выдающийся деятель отечественного здравоохранения и военно-медицинской службы Павел Захарович Кондоиди, участвуя в многочисленных военных походах, заметил связь состояния здоровья солдат с природными условиями территории, на которой размещены войска или ведутся боевые действия. Первой программой медико-географического описания местности в России и за рубежом явилась «Инструкция для исследования причин болезней в Кизляре», составленная П.З. Кондоиди на основе анализа причин «высокой заболеваемости солдат крепости Кизляр», охранявших торговые пути из России в Персию. Как свидетельствуют архивные разработки историков медицины, выпускники медицинского факультета, открытого в 1764 году, присылали в Медицинскую коллегию большое количество научных сочинений с подробными медико-географическими сведениями, имевшими большое практическое значение для борьбы с эпидемиями и для улучшения условий размещения и быта войск (Чистович 1860:110). Общее управление полковыми, гарнизонными госпиталями и лазаретами и их персоналом осуществляла Медицинская коллегия (Козлов 2002:61).

Медицинский персонал в гарнизоне состоял из следующих чинов: госпитального комиссара, штаб-лекаря, доктора, гарнизонного, полкового и ротного лекарей, подлекарей, подлекарских учеников, фельдшеров, а в каждой роте по цирюльнику. После гарнизонной реформы 19 апреля 1764 г. медицинский персонал гарнизонных частей состоял из: штаб-лекаря, 2 воинских лекарей, 2 подлекарей, 2 подлекарских учеников, 2 фельдшеров. После гарнизонной реформы Павла I (январь 1797 г.) в каждой роте гарнизонного полка было по 1 фельдшеру и лазаретному служителю. Кроме того, за больными осуществлялся надзор. До 19 апреля 1764 г. привлекали прапорщика, подпрапорщика и рядовых от 8 до 20 человек; другой вид службы: «в лазаретах при казачьих за плотника» – 1 мушкетер и «в лазарете у варения пива» – 1 капрал и 5 мушкетеров. После реформы 1764 г. – 1 надзиратель из числа сержантских чинов и рядовые (ГАРД. Ф.339. Д.649).

По приказу Военной коллегии по штату полковому лекарю положен был 1 денщик, штаб-лекарю – 3 денщика (ГАРД. Ф.339. Д.17). Весь медицинский персонал Кизлярских гарнизонных войск непосредственно подчинялся медицинской канцелярии Военной Коллегии. Медицинский персонал прибывал в Кизляр из Астраханского гарнизона (ГАРД. Ф.379. Д.1165).

В связи с тем, что Кизляр находился далеко от российских городов и климат непривычен для русских людей, поэтому больных было всегда много, но несмотря на то, что в гарнизоне есть «лекаря, одним им с больными не справиться, нередко они и сами болеют, и поэтому коменданты Кизляра просили Ея Величество жалованье им платить большое из воинских сумм» (ГАРД Ф.379. Д.649). Так, в 1748 г. в ответ на просьбу Кизлярского коменданта в Кизляр из Астрахани отправлен от астраханского гарнизона драгун-

ского полка лекарь Хемницер с необходимым количеством медикаментов. В 1767 г. в Кизляр прибыли 1 штаб-лекарь и 2 простых лекаря. В июле 1798 г. по приказу медицинской коллегии в Кизлярский гарнизонный полк прибыл 1 подлекарь (ГАРД. Ф.339. Д.11).

В казачьих городках на Кавказе медицинский персонал, присылаемый из российских гарнизонов, служил посменно, в случае болезни подлекаря, который руководил госпиталем на форпосте, сменял подлекаря из другого полка. Так, например, 28 июля 1750 г. находившийся при Шадринском форпосте Тенгинского пехотного полка подлекарь Р. Рант заболел и был отправлен в Кизляр в полк, а на его место прислан Навагинского пехотного полка подлекарь И. Лебедев (ГАРД. Ф.379. Д.649). Также присылали туда людей для надзора за больными, и обеспечивали бумагой для записи прихода и расхода лазаретных припасов и материалов (ГАРД. Ф.339. Д.55).

В обязанность полкового медперсонала входило докладывать коменданту обо всех возникающих нуждах полковых госпиталей. Так, например, в августе 1743 г. полковой лекарь азовского полка донес коменданту, что возникла нехватка медикаментов из-за умножения числа больных и просил коменданта отправить команду для привоза медикаментов в Кизляр из астраханской полевой аптеки. Данную команду «снаряжали полки», а потом кизлярские гарнизонные батальоны, в которую входили подлекарь и по фельдшеру от каждого полка, а также по 2 солдата (ГАРД. Ф.379. Д.46).

Госпитальный комиссар регулярно докладывал в гражданскую канцелярию о количестве больных военнослужащих. Полковые лекари регулярно требовали от комендантской канцелярии в лазарет «для довольствия, и на перегонку в спирт к припаркам больным, вина горячего 1 ведро» (ГАРД Ф.379. Д.56). Архивные материалы позволяют проследить и национальный состав медперсонала Кизляра. Основной костяк составляли русские, но в числе лекарей были и иностранцы один из них – Август Беригард Фохт (в Кизлярском гарнизоне находился до июня 1793 г.) (ГАРД. Ф.379. Д.4).

Документы ГУ «ЦГАРД» позволяют раскрыть систему финансирования гарнизонных лазаретов и госпиталей Кизлярского гарнизона, которая осуществлялась из нескольких источников: «1) из медицинской коллегии; 2) из полковой денежной казны каждого регулярного полка, где содержалась статья – «на содержание полкового госпиталя; 3) по указу Петра Великого от 12 декабря 1721 г., у всех военных чинов – от полковника до извозчика при выплате денежного жалованья высчитывали «в госпиталь» – по 1 копейке с каждого рубля и отдавать лазаретному комиссару; 4) за пребывание в госпитале у военного вычитывалось в пользу госпиталя половина его денежного жалованья; 5) собираемые обер-офицерами подушные деньги с населения шли на содержание госпиталя; 6) вычитывали из жалованья на покупку ме-

дикаментов; 7) из средств гражданской канцелярии; 8) из средств комиссарской конторы; 8) за счет оставшихся денег (при нехватке основной суммы) за отлучных военных чинов на заплату им мундира и амуниции; 9) из вычетной суммы от различных сборов у военных чинов; 10) деньги собранные с продажи казенной рыбы; 11) путем займа из любой наличной суммы; 12) из военной коллегии».

Вычитываемые деньги из жалования больного военного чина, за пребывание в госпитале, направлялись в комиссию полка больного. Военным чинам по выздоровлению выдавались аттестаты с указанием сроков нахождения в лазарете (ГАРД. Ф.379. Д.32).

Хранящиеся в фондах «Кизлярского комендантского архива» документы, позволяют узнать о получаемом медицинскими чинами денежном довольствии. Размер жалования медперсонала был таков: «полковой лекарь до реформы 1764 г. получал в год 120 рублей (ГАРД. Ф.379. Д.38), а на своего денщика месячный провиант выдавали деньгами – за муку по 1 рублю 20 коп., за крупу – по 1 рублю 50 коп. за четверть» (ГАРД. Ф.18. Д.138). После реформы 1764 г. «штаб-лекарь – оклад в год 600 рублей, а за треть денежного жалования 195 рублей и за рацион 16 рублей, а на денщика 2 рубля 10 коп., всего 218 рублей 8 коп.» (ГАРД. Ф.18. Д.128). Кроме того, штаб-лекарь за излишний труд получал в треть 200 рублей (ГАРД. Ф.18. Д.107). «Воинские 2 лекаря после реформы 1764 г. получали денежное жалование – каждому по 58 рублей 50 копеек, а всем 117 рублей, и за 3 лошади (рацион) каждому по 12 рублей, всем 24 рубля. Они получали на своих денщиков, каждому по 2 рубля 10 копеек, а всем 6 рублей 30 копеек и за провиант – каждому по 1 рублю 34 копейки, а всем 4 рубля 2 коп (на 3 денщиков)» (ГАРД. Ф.18. Д.75). Подлекаря по окладу получали из гарнизонной казны жалования, в месяц по 3 рубля (ГАРД. Ф.18. Д.137).

После реформы 1764 г. 2 подлекаря «получали денежное жалование каждому – оклад по 59 рублей, в треть 39 рублей 60 копеек, а в год 118 рублей 80 копеек; 2-м подлекарским ученикам – каждому оклад по 29 рублей 70 копеек, в треть 19 рублей 80 копеек, а в год 59 рублей 40 копеек» (ГАРД. Ф.18. Д.1187). Снабжение гарнизонных лазаретов осуществлялось из нескольких источников: «1) сам гарнизон обеспечивал; 2) присылка из Астрахани; 3) маркитанты; 4) фельшанец (укрепление созданное на реке Аксай); 5) казачьи городки.» Кизляр получал: «медикаменты (ГАРД. Ф.18. Д.79) вино на припарки и довольствие больным из местных круженичного двора и питейных домов (ГАРД. Ф.353. Д.10), а также постели вместе с перинами и подушками (ГАРД. Ф.353. Д.117), шнуровые книги для записи лазаретных припасов по просьбам лазаретных комиссаров (ГАРД. Ф.339. Д.14), провиант (мука и крупа) из местных провиантских магазинов, а соль из соляного магазина» (ГАРД. Ф.379. Д.270).

Фельшанец и казачьи городки поставляли в кизлярские лазареты необходимые компоненты для варения пива (хмеля – 5.200.000 пудов 27 фунтов и солода – 11.655.000 четвертей 7 четвериков) на больных, постельные принадлежности, а также сено для постели больных (ГАРД. Ф.379. Д.46).

Фельшанская крепость занималась снабжением кизлярских госпиталей, в котором большое место занимала пойманная в реке Терек рыба (ГАРД. Ф.379. Д.44). Привезенная из фельшанца рыба (лосось) для довольствия в лазареты отдавалась определенному при тех лазаретах прапорщику и лазаретному комиссару (ГАРД. Ф.379. Д.30).

Кизлярская крепость обеспечивала свои форпосты людьми, которые осуществляли надзор за больными, а также бумагой для записи прихода и расхода лазаретных припасов и материалов (ГАРД. Ф.339. Д.13). В полках гарнизона полковые медики регулярно проводили медицинское освидетельствование военных чинов, для выявления больных и лиц неспособных к военной службе, которых затем отправляли в отставку. Медицинское освидетельствование проводилось медперсоналом полка под руководством полкового лекаря, а после реформы 1764 г. – штаб-лекарем. Выявленные в полку больные освобождались от службы и направлялись на лечение в полковой лазарет (ГАРД. Ф.339. Д.43). В случае, когда в кизлярских лазаретах не хватало мест, то больных направляли на лечение в астраханские лазареты (ГАРД. Ф.339. Д.46). Результаты медицинского освидетельствования оформлялись в форме рапорта, в котором указывалось состояние военных чинов каждого полка (количество больных и здоровых) и подавался коменданту и командующему кавказским корпусом (ГАРД. Ф.379. Д.252). Иногда в результате медицинского освидетельствования военнослужащих Кизлярского гарнизона, выявлялись военные чины, по состоянию своего здоровья, не способные к строевой службе, и они подлежали отставки от военной службы (ГАРД. Ф.379. Д.70). По указу Ея Величества полковые командиры регулярно сочиняли аттестаты, с указанием увольнения военных чинов по причине старости и дряхлости, к службе неспособных, «которых велено штаб-лекарям и лекарям было освидетельствовать их, чем они больны и по свидетельству надлежало им подписываться за каждого больного». Данные аттестаты подавались лично коменданту (ГАРД. Ф.339. Д.17).

Находящиеся на форпостах подлекари занимались медицинским освидетельствованием приезжающих в форпосты людей разного чина, звания, пола и национальности (Великая, 2005). В кизлярских госпиталях лечились не только сами военные чины, но и члены их семей (ГАРД. Ф.379. Д.65). Штаб, унтер-штаб и обер-офицеры неоднократно отпускались из гарнизона в отпуск со службы для лечения болезни (Василенко 2009). Обер-офицеры, определенные комендантом Кизляра управлять форпостом в случае своей болезни, подавали рапорт коменданту с просьбой сменить его на его долж-

ности, т. к. из-за болезни он управлять делами на форпосте не в состоянии (Виноградов 1999). Военные чины из форпостов направлялись в Кизляр для медицинского освидетельствования. Выявленные больные оставались в Кизляре для лечения, а вместо них отправляли на данный форпост здоровых, а у тех, у кого в результате обследования медиками не было выявлено никаких болезней, возвращали на форпост. Кроме того, больные с форпостов отправлялись в Кизляр на лечение (Чекулаев, 2012:272).

В случае начала или даже слухов о какой либо эпидемии на Кавказе (холеры, чумы, морового поветрия и т. д.), с целью предотвращения её проникновения на территорию расквартирования российского гарнизона, военные власти немедленно объявляли карантин и на эту территорию никого не пропускали, а для надежности учреждали карантинные заставы (ГАРД. Ф.379. Д.65).

В документах местного архива имеются данные о количестве больных и здоровых военных чинов. Так, например, в Кизлярском гарнизоне было больных: 1738 год – 248 чел; 1752 год – 501 чел; 1758 год – 994 чел; 1770 год – 896 чел; 1786 год – 514 чел; 1793 год – 636 чел; 1799 год – 635 чел. Для сравнения, здоровых военных чинов в этот же период было: 1738 год-1904 чел; 1752 год – 832 чел; 1758 год – 1995 чел; 1770 год – 3994 чел; 1786 год – 948 чел; 1793 год – 908 чел; 1799 год – 1988 чел. Количество умерших военных чинов: 1738 год – 1 чел; 1752 год – 15 чел; 1758 год – 7 чел.; 1770 год – 4 чел; 1786 год – 1 чел; 1793 год – 28 чел; 1798 год – 14 чел.; 1734 год – 424 чел. (ГАРД. Ф.339. Д.61)

Для лечения больного немаловажное значение имело и питание. В кизлярских лазаретах была следующая казенная порция на больного: « на 2-х человек полагалось – вина 88 чарок, мяса 30 фунтов, рыбы на 1 рубль, булок, яиц, молока на 2 рубля (на 1-го человека: муки 1 четверик, круп 22 1/30 четверика), масла коровьего 2 фунта 48 золотников, масла конопляное – 3 фунта 60 золотников. Всего на 5 рублей 85 коп. – на месяц» (ГАРД. Ф.379. Д.21). Больному полагалось на каждый день по 1 фунту мяса (ГАРД. Ф.379. Д.18). В лазарете больным давали вина на каждый день по 1 чарке (ГАРД. Ф.379. Д.382). В госпитале больным на 10 человек на каждую ночь дается по 3 свечи, итого в 1 ночь расход по 65 свеч (ГАРД. Ф.376. Д.23).

Благодаря архивным документам, мы получаем достоверную картину видов заболеваний среди военных чинов. Например, из донесения Кизлярского коменданта на имя генерала А.П. Девица: «ломота в голове и в ногах, горячка, падучая, в голове шум, раны, на тайных удах кила, кашлем в груди лом, животом скорены, перелоем, понос, цинга, повреждением рук, коростю, лихорадка, вередями, спина болит,тяжелая отдышка, на тайных узлах шишка, повреждения рук и ног, язык болит, нем и нога переломлена, задние проходы выходят, на шее болоня, глухотою, опухолью, колотьем, уши заложило, коростью, ноги озноблены и подлесны отняты, чахотка, груди болят,

французская болезнь, горло болит, килами в паху и на тайных узлах, глазами: болят, мало видит, крив, слеп; на ногах горбы, свело руку и палец на левой руке, слаб здоровьем, грыжей, резачкою, падучая» (ГАРД. Ф.379. Д.628).

В Фондах «Кизлярского комендантского архива», в документах перечислены и виды лекарств, используемых наиболее часто в то время: «пластырь пиптинова, диахонаведезиррубраго, красного девензиваруброга, красного ападалихома, зеленого мелилотного, ассирациатабелилного, пулецпуранца, пулицребарборрома, пулицпотиратусса, пулицтемпорица, ачнунострома, камешков зеленые, алексиру, эсенцапсенции, отсиахома мази от ломоты». Кашки – от поноса, от кашля, прошку красного от поноса, на декофтров мази зеленой постолорома, мази безеликорозовой, абарзилинома. Травы – на припарку от цинги, «девензиву, на карпею ветошки, холста на пластыри, для варения декофи по атичку» (ГАРД. Ф.339. Д.11).

По численности заболевания болезни идут в следующем порядке: малярия, чесотка, цинга, сифилис, корь, оспа, венерические заболевания, грипп, тиф сыпной и тиф брюшной. (ГАРД. Ф.379. Д.102). Современники писали, что затраты по врачебно-санитарной службе на Северном Кавказе составляли в среднем по 7 руб. 04 коп. на служащего и 1 руб. 39 коп. на рабочего. Но необходимо учесть не всегда достоверные данные чиновников. В отчетах отмечалось, что «... точная регистрация смертных случаев возможна только относительно помещенных стационарно в своих больницах... случаи смерти амбулаторно пользованных ускользают от регистрации в большом числе...» (Календарь 1885:115).

Врачи первыми замечают и оценивают перемены в природе и обществе по самому надежному индикатору – состоянию здоровья человека. Ряд техногенных и общественных процессов вызывает изменение качества географической среды: насыщение ее новыми, часто необычными для человека экологическими факторами риска. Возникают условия для возврата эпидемической инфекционной патологии, такой как чума, оспа и тому подобных.

К концу столетия экологическая ситуация и медицинское положение на Тереке практически не изменились. Более того, современники неоднократно отмечали, что самые нездоровые места на Северном Кавказе – это территория вокруг Кизляра и близлежащие окрестности до гребенской станицы Червлённой, где «воздух нездоров по причине множества болот... и желчные лихорадки весьма упорны и продолжительны»). Общую неприглядную картину на Северном Кавказе еще более ухудшали неоднократно возникавшие очаги опасных эпидемических болезней, частыми были вспышки холеры и чумы, на борьбу с которыми подключались все медицинские специалисты региона, включая военнотружущих.

Таким образом, подводя итоги, следует отметить, что природно-климатические условия в Низовьях Терека не отвечали всем необходимым

требованиям для здорового функционирования человеческого организма. Многочисленные заразные болезни вносили существенные коррективы в повседневную жизнь российских подданных и заметно влияли на численность населения на южных границах России. Работа врачей, которых постоянно не хватало, не могла ограничиваться сугубо профилактическими мерами. Зачастую именно по их рекомендациям ответственные чиновники составляли первоочередные мероприятия по пресечению опасных заболеваний.

Литература

1. Великая Н.Н. Народные знания // Очерки традиционной культуры казачеств России/ Под ред Н.И. Бондаря.-Краснодар, 2005.
2. Виноградов П.Б., Руднева Н.П. К истории российской медицины на Кавказе в XIX в // Вопросы Северокавказской истории: сборник научных статей аспирантов и соискателей.- Армавир, 1999.
3. Василенко В.Г. Некоторые аспекты историографии медицины Северного Кавказа в дореволюционный период. // Российский Северный Кавказ: текущие риски. Посягательства и перспективы. Москва-Армавир, 2009.
4. Гарунова Н.Н. К вопросу об изучении и развитии организации медицинской помощи на Кизлярщине в XIX- XX вв. // Эколого-экономические проблемы общества в системе ценностей молодежи. Материалы Всероссийской научно-практической конференции.- Кизляр, 2009.
5. Емельянов О.Б. К вопросу о начале массового оспопрививания детей в казачьих станицах Кизлярского уезда в середине XIX века. // Эколого-экономические проблемы общества в системе ценностей молодежи. Материалы Всероссийской научно-практической конференции. – Кизляр, 2009.
6. Кавказский календарь, 1896 (изданный по распоряжению главноначальствующего гражданскою частию на Кавказе, при кавказском статистическом комитете./Под ред. помощника гл. редактора комитета Е. Кондратенко.)- Тифлис, 1885.
7. Козлов С.А. Кавказ в судьбах казачества (XVI – XVIII вв.). Издание 2-е, исправленное и дополненное. – СПб., 2002.
8. Пылков О.С. Участие российской армии в создании системы медицинского обеспечения на Северном Кавказе (конец XVIII -1 половина XIXвв) // История и культура народов Северного Кавказа. Сборник научных трудов -Пятигорск, 2006.
9. Чистович Я. Кизляр и его медицинская топография (за 100 лет до настоящего времени) // Военно-медицинский журнал за 1860 год. Ч.LXXVIII. Июнь (отд.3).
10. Чекулаев Н.Д. Военная медицина в русских войсках в первой трети XVIII (по материалам ЦГА РД) // Кавказ и Ближний Восток: от Каспийского похода Петра I до распада державы Надир-шаха. Материалы Международной научной конференции, проведенной в рамках «Года Российской истории».-Махачкала, 2012.
11. ГАРД. Ф. 339. Оп. 1. Д. 649. Л. 12.
12. Там же. Ф. 339. Оп. 1. Д. 17. Л. 75
13. Там же. Ф. 379. Оп. 1. Д. 1165. Л. 25-27
14. Там же. Ф. 379. Оп. 1. Д. 649. Л. 12.
15. Там же. Ф. 339. Оп. 1. Д. 11. Л. 17, 73.
16. Там же. Ф. 379. Оп. 1. Д. 649. Л. 12
17. Там же. Ф.339. Оп. 1. Д. 55. Л. 56.
18. Там же. Ф. 379. Оп. 1. Д. 46. Л. 66.

19. Там же. Д. 60. Л. 44
20. Там же. Д. 4. Л. 36.
21. Там же. Д. 32. Л. 2; Оп. 3. Д. 130. Л. 75.
22. Там же. Д. 38. Л. 23
23. Там же. Ф. 18. Оп. 1. Д. 138. Л. 40
24. Там же. Д. 128 Л. 56.
25. Там же. Д. 107. Л. 45.
26. Там же. Оп. 3. Д. 75. Л. 3.
27. Там же. Д. 137. Л. 36.
28. Там же. Оп. 1. Д. 1187. Л. 111-113.
29. Там же. Ф. 18. Оп. 1. Д. 79. Л. 119.
30. Там же. Ф. 353. Оп. 1. Д. 10. Д. 49 – 51
31. Там же. Д. 117. Л. 68; Ф.339. Оп. 1, Д. 17. Л. 9.
32. Там же. Ф.339. Оп. 1. Д. 14. Л. 20, 86
33. Там же. Ф. 379. Оп. 1. Д. 270. Л. 98.
34. Там же. Д. 46. Л. 66.
35. Там же. Д. 44. Л. 60
36. Там же. Д. 30. Л. 4
37. Там же. Ф. 339. Оп. 1. Д. 13. Л. 69
38. Там же. Д. 43. Л. 81
39. Там же. Д. 46. Л. 66.
40. Там же. Ф. 379. Оп. 1. Д. 252. Л. 12.
41. Там же. Д. 70. Л. 96.
42. Там же. Ф. 339. Оп. 1. Д. 17. Л. 33.
43. Там же. Д. 13. Л. 65
44. Там же. Ф. 379. Оп. 1. Д. 65. Л. 51
45. Там же. Ф. 339. Оп. 1. Д. 50. Л. 43.
46. Там же. Ф. 379. Оп. 1. Д. 649. Л. 57.
47. Там же. Д. 155. Л. 3.
48. Там же. Ф. 339. Оп. 1. Д. 61. Л. 62.
49. Там же. Д. Ф. 379. Оп. 1. Д. 21. Л. 103
50. Там же. Д. 18. Л. 4.
51. Там же. Ф. 382. Д. 18. Л. 33.
52. Там же. Ф. 376. Оп. 1. Д. 23. Л. 54.
53. Там же. Ф. 379. Оп. 1. Д. 628. Л. 1.
54. Там же. Ф. 339. Оп. 1. Д. 11. Л. 62
55. Там же. Ф.379. Оп. 1. Д. 102. Л. 78 – 81.

ИСТОРИЯ ОРГАНИЗАЦИИ БОРЬБЫ С ЛЕПРОЙ В РОССИИ

В.В. Дуйко

*Научно-исследовательский институт по изучению лепры
Министерства здравоохранения РФ (Астрахань)*

HISTORY OF THE ORGANIZATION OF THE FIGHT AGAINST LEPROSY IN RUSSIA

V.V. Duyko

*Research Institute for the Study of Leprosy
Ministry of Health of the Russian Federation (Astrakhan)*

Аннотация: статья посвящена истории организации противолепрозной помощи в России от «Временного приюта призрения прокаженных» до научно-исследовательского института по изучению лепры.

Ключевые слова: лепра, эпидемиология и распространение, история противолепрозной службы.

Abstract: The article is devoted to the history of the organization of antileprosy care in Russia from the leprosy charity committee to the Leprosy Research Institute.

Key words: leprosy, epidemiology and distribution, history of antileprosy care.

Длительное время в России больными лепрой и организацией приютов для прокаженных занимались меценаты, медики-энтузиасты, религиозные и благотворительные организации, Приказ общественного призрения.

Первый лепрозорий в России был открыт в 1769 г. на Северном Кавказе, около города Черкаска. Войско Донское организовало «Васильевскую больницу для одержимых проказою», которая, просуществовав 100 лет, была закрыта, так как преобладала точка зрения, что лепра – наследственное заболевание (Гребенников 1968). Позже, в 1892 г. был открыт Виллойский лепрозорий в Якутии, в 1896 г. – Астраханский и Николаевский-на-Амуре, в 1897 г. – Терский, в 1905 г. – Абинский, в 1907 г. – Иркутский лепрозории. Вначале это были приюты призрения прокаженных, с развитием материальной базы, увеличением численности медицинских кадров, они были преобразованы в лепрозории (Торсуев 1954).

Необходимо отметить, что попытки централизации работы по борьбе с лепрой в России предпринимались с конца XIX века. В 1895 г. медицинским департаментом МВД была введена обязательная регистрация больных, а в 1914 г. Государственная дума признала необходимость управления в едином государственном ведомстве. Помешали Первая мировая и гражданская войны. Из существовавших ранее сохранилось только 8 лепрозориев, многие были разрушены, часть больных погибла, либо разбежалась по домам.

Началом государственной программы по борьбе с лепрой в России следует считать 10 июля 1923 г., когда было принято Постановление Совета Народных Комиссаров СССР, положившее начало практическому развертыванию широкомасштабной борьбы с лепрой (Бюллетень НКЗ, 1923, № 19 за 29 сент.). Постановление обязывало комиссариаты здравоохранения на местах ввести централизованный учет всех страдающих лепрой и обеспечить обязательную изоляцию больных, представляющих опасность для окружающих. Предусматривалось взятие на учет и наблюдение за членами семей больных.

Оказание помощи больным лепрой осуществлялось по зональному принципу. Так, на Дальнем Востоке и в Сибири были организованы Виллойский в Якутии, Дальневосточный, Иркутский, Колымский, Николаевский лепрозории; Западные и северные регионы Европейской части страны обслуживал лепрозорий «Крутые ручьи» (Ленинградская обл.); Центральную часть России и Урал – Сектор по борьбе с проказой Института тропических болезней (Москва), позже, с 1937 г. – Загорская противолепрозная клиника (Сергиев-Посад); Нижнее Поволжье – Астраханский лепрозорий; Северо-Кавказский регион обслуживали 4 лепрозория: Абинский, Верхне-Кубанский, Ростовский, Терский (Дуйко 2009).

Больным лепрой и членам их семей, наряду со специализированной, оказывалась социальная помощь, в лепрозориях были организованы трудовые мастерские, подготовлены инструкции по борьбе с лепрой, по транспортировке больных, заключены договора с другими государствами о совместной борьбе с распространением инфекции. Содержание лепрозориев взято на государственный бюджет, введен персонифицированный учет больных лепрой и членов их семей, начато проведение массовых обследований населения в эндемических по лепре регионах для выявления активных больных, закладывались основы диспансеризации. Уже к концу 30-х годов в стране была создана противолепрозная служба. Решением Совнаркома был намечен широкий план ее расширения, улучшения быта госпитализированных больных. Но в связи с начавшейся Второй мировой войной, продолжить работу удалось лишь во 2-й половине 40-х годов, причем многое пришлось начинать сначала.

В этот период важную роль сыграла активизация обследовательской работы, организация в лепрозориях эпидотделов и увеличение количества коек до 1600, усиление контроля за лечебной и профилактической работой (приказ Минздрава СССР № 63 от 26 января 1945 г. «О мероприятиях по лепре»).

Организация в основном очаге лепры России в 1948 г. Центра по борьбе с лепрой – Всесоюзного научно-исследовательского института на базе Астраханского клинического лепрозория на 300 коек, стала значительным историческим событием. Основными задачами Института явились научные

исследования в области лепрологии, лечебная и консультативная помощь, подготовка инструктивно-методических материалов по лепре, оказание организационно-методической помощи противолепрозным учреждениям страны, подготовка кадров, проведение практических противолепрозных и профилактических мероприятий в Нижнем Поволжье, международная деятельность и др.

С широким внедрением в терапию лепры препаратов сульфонового ряда начался очередной важный этап развития истории лепрологии. Во всем мире внедрение сульфонов пришлось на начало 40-х годов XX века, в России это случилось десятью годами позже – в 1952 году. Лепра стала излечимым, контролируемым заболеванием. Над больными больше не тяготела безысходность, они перестали быть «узниками» противолепрозных учреждений, появилась возможность возвращения в общество и в семью, стала возможной выписка больных из противолепрозных учреждений на амбулаторное лечение и диспансерное наблюдение.

Следующим важным шагом стало применение комбинированной терапии (КТ), внедрение в практику наиболее эффективных комбинаций несколькими препаратами. Были разработаны стандартные режимы терапии: для больных с высокой насыщенностью тканей *M. leprae* (многобактериальной лепрой) и для больных с малой бактериальной насыщенностью (малобактериальной лепрой).

Достижения в области лечения лепры в сочетании с медико-социальными и экономическими мероприятиями и внедрением в практику результатов научных исследований уже в середине 60-х годов позволили коренным образом изменить эпидемиологическую ситуацию по лепре в России. Заболеваемость лепрой стала снижаться, общее число больных уменьшилось, улучшилось качество жизни больных, увеличилась ее продолжительность, удалось снизить риск развития инвалидности. Широкомасштабные обследования населения в очагах лепры, систематический контроль за контактными лицами позволили взять на учет всех вновь зарегистрированных больных (Шубин 1968).

В 1952 г. по предложению сотрудников Института по изучению лепры Минздравом был издан приказ № 1016 об усилении работы по обследованию очагов лепры. В отдельных эпидемических регионах (Нижнее Поволжье, Северный Кавказ, Якутия) обследовательская работа проводилась и в предыдущие годы. Так, по заданиям Минздрава РСФСР в 1940, 1947, 1948, 1951, с 1954 по 1960 гг. в Якутскую АССР снаряжаются противолепрозные отряды, проводятся массовые осмотры населения, санитарно-просветительная работа среди населения, оказывается консультативная, организационно-методическая помощь сотрудникам общей медицинской сети. В Астраханской эндемической зоне экспедиции по обследованию населения

проводились сначала 30-х годов. С 1947 г. по 1972 г. они проводились ежегодно до прекращения регистрации массовых случаев заболевания. Аналогичная работа проводилась и в других эндемических по лепре регионах России. Ее результатом стали десятки новых больных лепрой, выявленных на ранних стадиях заболевания, изоляция которых прерывала эпидемиологическую цепочку. Активное выявление больных на ранних стадиях заболевания обеспечивало сокращение периода их контакта со здоровыми лицами и, в конечном счете, способствовало снижению заболеваемости. Массовые обследования населения явились несомненным достижением отечественной противолепрозной службы и практически нигде в мире в таких масштабах не проводились (Дуйко 2005).

Помимо ежегодных осмотров членов семей больных и массовых обследований населения, устойчивое снижение заболеваемости лепрой в Российской Федерации до единичных, спорадических случаев, уменьшение общего числа состоящих на учете больных, было обеспечено практическим внедрением целого комплекса медицинских и социальных мероприятий. В число этих мероприятий входили: госпитализация и лечение всех больных лепрой; охват диспансерным наблюдением больных, закончивших лечение; обследование и взятие на учет всех контактных лиц; их превентивное лечение и ежегодный осмотр: при лепроматозном типе болезни у источника – в течение 20 лет, а при туберкулоидном типе – в течение 10 лет; проведение профилактических и дезинфекционных мероприятий в очагах инфекции.

Наряду с ростом уровня жизни и культуры населения был принят ряд специальных правительственных постановлений, комплекс социальных мер:

- всем больным лепрой, впервые выписываемым из противолепрозных учреждений, выдавалось единовременное безвозмездное денежное пособие, комплект одежды и обуви;

- амбулаторные больные обеспечивались изолированной жилой площадью;

- при вызове в противолепрозное учреждение для контроля за лечением больным возмещались транспортные расходы;

- семьи больных лепрой освобождались от сельхозналогов;

- больные, выписанные на амбулаторное лечение по месту жительства, обеспечивались бесплатно всеми необходимыми медикаментами ;

- на имеющих группу инвалидности распространялись все льготы, установленные для инвалидов: бесплатное изготовление протезов, скидки при оплате коммунальных услуг, льготный проезд в городском и пригородном транспорте и др.

Важнейшее значение имело внедрение в практику в 1962 г. основополагающего по лепре приказа Минздрава СССР № 265 «О мероприятиях по снижению заболеваемости лепрой в СССР», которым были утверждены «Инструкция по борьбе с лепрой», «Положение о лепрозории», «Инструк-

ция по химио- и иммунопрофилактике лепры». Существенным для социальной реабилитации больных было то, что приказ обязывал руководителей лечебно-профилактических учреждений общей медицинской сети безотказно принимать больных лепрой, не опасных для окружающих в эпидемиологическом отношении, для лечения сопутствующих соматических заболеваний, для производства пластических, восстановительных и реконструктивных операций и др.

Диспансерное обслуживание и реабилитация больных лепрой и членов их семей играют важную роль в деле борьбы с лепрой, поэтому вопросы физической, социальной, трудовой реабилитации и реадaptации больных постоянно обсуждались на Всероссийских конференциях и семинарах работников противолепрозных учреждений, специалистов по реконструктивной хирургии и экспертизе временной нетрудоспособности. Признано, что задачи по реабилитации больных лепрой и членов их семей должны решаться комплексно, совместными усилиями сотрудников противолепрозных учреждений, общей медицинской сети, органов социальной защиты, местных органов власти и др. Постановлением правительства с 1971 г. стали выплачиваться ежемесячные пособия для больных лепрой – инвалидов с детства.

Существенную роль в совершенствовании противолепрозных мероприятий сыграли: «Методические рекомендации по диспансеризации больных лепрой» и «Врачебно-трудовой экспертизе при лепре», изданные в 1976 г. В них обобщены критерии оценки трудоспособности больных лепрой, клинико-экспертная характеристика заболевания, а также рекомендации по совершенствованию медицинской и социальной реабилитации и реадaptации больных. Известно, что адекватная врачебно-трудовая экспертиза имеет чрезвычайно важное значение не только для обеспечения социальной реабилитации больных лепрой, но и улучшения качества их жизни.

Практическое внедрение противолепрозных мероприятий, снижение заболеваемости и общей численности больных лепрой способствовали сокращению коечного фонда. Так, в 1950 г. в РФ было развернуто 1620 коек для больных лепрой и 200 коек для детей от больных лепрой родителей; в 1980 г. – 675 коек (в т.ч. для больных 625 коек, для детей – 50 коек); в 1990 г. – 545 коек (520 для больных и 25 для детей); в 2010 г. – 455 коек; в 2015 г. – 330 коек. Коечный фонд противолепрозной службы сократился более чем в пять раз. Были закрыты за ненадобностью Вилюйский лепрозорий (Якутия) – в 1962 г.; Ростовский клинический лепрозорий – в 1971 г.; Иркутский лепрозорий – в 1973 г.; Верхне-Кубанский лепрозорий (Ставропольский край) – в 1977 г. В настоящее время в РФ функционируют 4 противолепрозных учреждения (Дуйко 2013).

Немаловажную роль в деле борьбы с лепрой сыграло преодоление ее изоляционизма, проблемы лепры перестали быть скрытыми от широких кругов

общественности. Публикации и сообщения о достижениях отечественных и зарубежных лепрологов звучали с трибун научных съездов и симпозиумов, Международных конгрессов по лепре, которые проводятся в разных странах и на разных континентах каждые пять лет, начиная с 1897 г. Широкий обмен опытом, внедрение современных достижений мировой лепрологии способствовали ускорению прогресса в деле борьбы с лепрой в России.

Основные задачи противолепрозной службы на современном этапе по-прежнему заключаются в том, чтобы не допустить снижения качества и эффективности проводимых противолепрозных мероприятий, обеспечить контроль заболеваемости, оказание всесторонней медицинской и социальной реабилитации больных с целью улучшения качества их жизни.

Важная роль в ранней диагностике и профилактике заболевания принадлежит превентивному лечению контактных по лепре лиц – основной «группы риска». Лечение проводится одним из препаратов сульфонового ряда в течение 6 месяцев и, по данным различных авторов, оно в 70% случаев препятствует заболеванию (Коган 1980).

Несмотря на то, что история лепры насчитывает несколько столетий, имеется еще немало белых пятен в ее эпидемиологии (источник инфекции, пути передачи и др.). Выдающийся отечественный ученый В.И. Кедровский еще в 1935 г. писал: «Эпидемиология лепры и по сей день остается тем загадочным сфинксом, каким она была много лет назад» (Ющенко 1999). К сожалению, до настоящего времени еще не создана эффективная профилактическая вакцина против лепры, что связано с особенностями биологии возбудителя и проблемами культивирования микобактерии лепры. Разработка различных вариантов вакцин продолжается и пока находится на стадии апробации.

Несмотря на значительные успехи отечественной и мировой лепрологии, ежегодно в мире выявляются до 200 тыс. новых случаев заболевания. Сразвитием туризма, экономических связей, неконтролируемых миграционных процессами др., учитывая особенности и цикличность течения хронических инфекций, нельзя исключить роста заболеваемости лепрой, в том числе случаев «завозной» лепры из эндемических регионов, как это уже было в России в 2013 г. Астраханский профессор Л.А. Винник, длительное время занимавшийся проблемой микобактериозов, предостерегал, что по аналогии с туберкулезом возможен рост заболеваемости лепрой (Винник 1997).

В настоящее время лепра – излечимое, контролируемое заболевание. Важно, что в России достигнуто устойчивое снижение заболеваемости до единичных, спорадических случаев.

Литература

1. Винник Л.А. Туберкулез и лепра: две тени прошлого? – Астрахань, 1997. – 128 с.
2. Гребенников П.С., Харабаджахов К.К. Успехи в борьбе с лепрой на Дону за 50 лет // Вопросы лепрологии и дерматологии. – Ростов-н/Д., 1968. – № 5 (21). – С.3-9.

3. Дуйко В.В. Уровень распространения лепры в Нижнем Поволжье // IX Всерос. съезд дерматовенерологов: тез. докл. – М., 2005. – Т.1. – С.79-79.
4. Дуйко В.В. Распространение лепры в России. Задачи и перспективы // Междунар. науч.-практ. конф. «Современное состояние и перспективы борьбы с лепрой. Вопросы медико-социальной реабилитации больных»: сборник тезисов. – Кызылорда, 2009. – С.133-143.
5. Дуйко В.В. Основные направления организации медико-социальной помощи больным лепрой в современных условиях: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Москва, 2013. – 47с.
6. Коган В.Р., Шубин В.Ф., Давлекамова Ф.А., Семиченко З.Л. Заболеваемость лепрой членов семей больных (по материалам Астраханской зоны) // Вестн. дерматологии и венерологии. – 1980. – № 8. – С.69-71.
7. Торсуев Н.А. Краткий очерк истории проказы в дореволюционной России // Сб. науч. работ по лепрологии и дерматологии. – Ростов-н/Д, 1954. – № 6. – С.12-23.
8. Шубин В.Ф. Опыт сравнительного изучения эпидемиологии лепры на материале Астраханской и Каракалпакской эндемических территорий: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Астрахань, 1967. – 25с.
9. Ющенко А.А. Лепра: загадки эпидемиологии // Совр. аспекты клиники, диагностики и лечения инфекций, передаваемых половым путем, наиболее распространенных дерматозов и микозов: тез. докл. науч.-практ. конф. – М., 1999. – С.152-153.

Ф.Ф. ЭРИСМАН И МОСКОВСКАЯ ЗЕМСКАЯ МЕДИЦИНА

И.В. Егорышева

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

F.F. ERISMAN AND MOSCOW ZEMSTVO MEDICINE

I.V. Egorysheva

Federal State Budgetary Institution «National Scientific Research Institute for Public Health»

Аннотация: статья посвящена участию Ф.Ф. Эрисмана в развитии московской земской санитарной организации. Под его руководством было осуществлено исследование влияния условий труда и быта на здоровье фабричных рабочих. Ф.Ф. Эрисман участвовал в работе санитарной организации Московского земства, создании первого земского санитарного бюро.

Ключевые слова: Ф.Ф. Эрисман, земская медицина, земская санитарная организация.

Abstract: The article is devoted to participation of F.F. Erisman in the development of the Moscow Zemstvo sanitary organization. Under his leadership, was carried out a study of the effect of conditions of work and life on the health of factory workers. F. F. Erisman was involved in the work of the sanitary organization of the Moscow Zemstvo, the creation of the first district sanitary Bureau.

Key words: F. F. Erisman, rural medicine, rural health organization

24 ноября 2017 г. исполняется 175 лет со дня рождения Федора Федоровича ЭРИСМАНА (1842-1925), уроженца Швейцарии, выдающегося гигиениста, одного из основоположников научной и общественной медицины в России. Ф.Ф. Эрисман с 1869 г. двадцать семь лет жил и работал в России и из них 12 лет являлся санитарным врачом московского земства. Уже к концу 70-х годов XIX в. он был известен своими работами в области школьной и жилищной гигиены, гигиены труда, а также как автор первого руководства по гигиене на русском языке (1872-1877). В годы русско-турецкой войны (1877-1878) Ф.Ф. Эрисман руководил дезинфекционными работами в русской армии.

В 70-80-е гг. русские врали стали уделять большое внимание проблемам гигиены и санитарии, в том числе и земской. В 1875 г. в докладе Московскому земскому губернскому собранию санитарная комиссия провозгласила: «Земская медицина должна иметь, главным образом, санитарное направление» (1). Под термином «санитарное направление» врачи тех лет понимали профилактическое направление. Начиная с 70-х годов XIX в. земскими врачами был предпринят целый ряд санитарно-статистических исследований (И.И. Молесона, В.О. Португалова, С.А. Подолинского, П.В. Рудановского, П.А. Пескова и др.), целью которых было выявление факторов, обусловивших высокую смертность и заболеваемость населения (2). Среди них в первую очередь необходимо отметить беспрецедентное по масштабам изучение труда и быта промышленных рабочих, осуществленное Московской земской организацией (1879-1885). Санитарно-гигиеническое состояние фабрик и заводов вызывало беспокойство Московского земства, поскольку условия труда и быта, нищета рабочих превратили промышленные предприятия в рассадники заразных болезней. В 1879 г. Министерство внутренних разрешило проведение санитарного обследования промышленных предприятий губернии с условием невмешательства в распоряжения фабрикатов. Разработка программы была поручена Е.А. Осипову, пригласившему для проведения исследований Ф.Ф. Эрисмана, а также санитарных врачей А.В. Погожева и Е.М. Дементьева.

Предполагалось получить сведения о производственных и жилых строениях, употреблявшемся и перерабатываемом сырье, наиболее вредных для здоровья условиях производства, а также данные о численности и составе рабочих, их заработной плате, продолжительности рабочего времени, о труде женщин, подростков и детей. В программу были включены проблемы гигиены жилищ и питания рабочих, вопросы санитарного и технического надзора. На основании полученных данных планировалось разработать рекомендации по санитарному нормированию. В процессе исследования, проводившегося под руководством Ф.Ф. Эрисмана, было изучено санитарное состояние 1080 фабрик и заводов, на которых было занято 114 тысяч рабочих, условия труда и быта рабочих и их семей, проведены антрополо-

гические исследования. Результаты были обобщены в 17 томах и 2 дополнительных выпусках «Сборника статистических сведений по санитарному исследованию фабрик и заводов Московской губернии за 1879-1885 гг.» (1881-1893). Лично Ф.Ф. Эрисманом было написано 6 выпусков и общая сводка по наиболее острым вопросам санитарного состояния фабрик и заводов Московской губернии (3).

Ф.Ф. Эрисманом и его коллегами была доказана связь между условиями труда и быта и высоким уровнем заболеваемости фабрично-заводского населения, выявлена интенсивность применения детского и женского труда. По данным исследования, 2/3 рабочих начали работать до 16-летнего возраста. Женщины и дети не пользовались никакими льготами. Заболеваемость фабричных рабочих разрабатывалась по отдельным профессиям и категориям производства. На предприятиях была проведена гигиеническая характеристика мастерских – их размеров, освещенности, системы вентиляции. На первое место по вредному влиянию на здоровье исследователи поставили отсутствие свежего воздуха, отсутствие вентиляции, высокую температуру и влажность. Было обнаружено, что рабочий день на фабриках длился 13-14 часов, а на некоторых и 18 часов. На большинстве бумагопрядильных фабрик была принята система 6-часовых смен, когда 2 партии рабочих замещали друг друга через каждые 6 часов. Данные антропологических измерений показали, что фабричные рабочие по своему физическому развитию значительно отставали от прочего населения.

Исследователи обратили внимание на высокий травматизм среди фабрично-заводских рабочих и неудовлетворительное состояние техники безопасности. Описывая фабричные заведения Московской уезда, Ф.Ф. Эрисман констатировал: «Чем больше эксплуатируется рабочая сила, тем хуже вознаграждается труд» (4). Ф.Ф. Эрисман доказывал необходимость создания в России промышленно-санитарного законодательства в интересах охраны здоровья рабочих, организации медицинской помощи для фабричного населения. Труды Ф.Ф. Эрисмана и его коллег оказали огромное влияние на постановку работы фабричной инспекции, созданной в России в 1882 г. и развитие фабричного законодательства. В 1882 г. был принят закон о работе малолетних, в 1885 г. – о запрещении на фабриках ночных работ для женщин и подростков, в 1886 г. – о найме рабочих и др.

Санитарно-статистические исследования, осуществленные Ф.Ф. Эрисманом, Л.В. Погожевым и Е.М. Дементьевым, послужили образцом для аналогичных работ в ряде губерний. По программе Московской земской организации, в 1883 г. С.В. Любимским было проведено описание фабрик и заводов Владимирской губернии, в 1892-1895 гг. – Д.Н. Жбанковым в Смоленской губернии. Херсонское земство для изучения влияния условий труда и быта на здоровье сельскохозяйственных рабочих (1889-1890) использовало опыт

исследования, проведенного Ф.Ф. Эрисманом. Херсонский санитарный врач М.С. Уваров ездил консультироваться к Ф.Ф. Эрисману. Ф.Ф. Эрисман также приезжал в Херсонскую губернию для оказания помощи санитарным врачам. Для консультаций с Ф.Ф. Эрисманом и Е.А. Осиповым в 1884 г. в Москву приезжал петербургский санитарный врач И.А. Дмитриев (5).

В 1882 г. Ф.Ф. Эрисман был избран профессором кафедры гигиены Московского университета, однако, он не оставил работу в московском земстве. Он принимал активное участие в организации мероприятий по борьбе с эпидемиями в Московской губернии, в вопросах по устройству и оборудованию сельских школ. Ф.Ф. Эрисман являлся председателем московских губернских съездов земских врачей с V по XIII. На VII съезде земских врачей Московской губернии (1884) Ф.Ф. Эрисман говорил о том, что наблюдение за санитарным состоянием промышленных предприятий должно осуществляться не уездными, а земскими врачами.

В 1884 г. Московская губернская земская санитарная комиссия во главе с Е.А. Осиповым при активном участии Ф.Ф. Эрисмана, разработала проект создания постоянной земской санитарной организации с учреждением должностей санитарных врачей. Деятельность ее должна была включать санитарно-статистические исследования местностей, мероприятия по борьбе с эпидемиями, оспопрививание, санитарный надзор (забота о чистоте воздуха, водоснабжения, дезинфекция, устранение нечистот), надзор в области фабричной, школьной гигиены, гигиены питания, организацию съездов врачей, издание эпидемический листков, бюллетеней. Земские санитарные врачи должны были руководить санитарной работой участковых врачей (5).

В 1885 г. в Московской губернии впервые в России было создано санитарное бюро (исполнительный орган санитарной комиссии при губернской земской управе) и введены должности губернского и четырех уездных санитарных врачей. Ф.Ф. Эрисман курировал Московский уезд. Как писал земский врач С.И. Мицкевич, Московское санитарное бюро «было своего рода лабораторией московской земской медицины, и, пожалуй, и общероссийской, так как по земской медицинской организации старалась равняться вся земская Россия» (6).

В 1886 г. при Медицинском совете Министерства внутренних дел была создана Комиссия по вопросу об улучшении санитарных условий и уменьшении смертности в России во главе с С.П. Боткиным. Комиссия пришла к заключению, что причинами высокой смертности являются недостаток врачебной помощи, антисанитарные условия жизни населения и непрекращающиеся эпидемии. По ее мнению, основное внимание следовало сосредоточить на проведении санитарно-оздоровительных мероприятий, а также создать Главное управление по делам здравия на правах министерства, которому бы подчинялись все местные правительственные и общественные са-

нитарные учреждения – земские, городские, фабрично-заводские и прочие. Комиссия обратилась к медицинской общественности с просьбой высказаться о мерах для уменьшения смертности населения, а также об участии земств в оздоровительных работах.

Ф.Ф. Эрисман и Е.А. Осипов отрицательно отнеслись к идее понизить смертность только санитарными мероприятиями. По их мнению, санитарные меры должны соответствовать местным потребностям, для чего необходима децентрализация управления медико-санитарным делом, а не создание еще одного центрального правительственного органа. От имени Московской земской организации они выступили против попыток поставить под контроль правительственных чиновников земскую медицину. Отвечая на вопрос о причинах высокой смертности в России, Ф.Ф. Эрисман и Е.А. Осипов писали: «Нищета, несомненно, генеральное бедствие нашего народа» (7).

В 1887 г. на II Пирговском съезде было принято решение об издании сборника по истории и состоянию земской медицины. Ф.Ф. Эрисману и Е.А. Осипову было поручено составить программу, по которой земские губернии присылали свои материалы. Редакторами сборника стали Е.А. Осипов и Ф.Ф. Эрисман. Для статистического анализа материалов и технической работы был приглашен земский врач Д.Н. Жбанков, который по окончании работы был великодушно указан Ф.Ф. Эрисманом и Е.А. Осиповым единственным составителем. В сборнике впервые была представлена достоверная картина состояния земской медицины к концу 80-х годов XIX в.

В 1891-1892 гг. от неурожая и последовавших за ним голода и эпидемий пострадали 28 губерний страны. Земские врачи, медицинская общественность организовывали помощь голодающему крестьянству, изучали употреблявшиеся суррогаты хлеба, влияние голодания на здоровье населения. Работавший в то время на кафедре гигиены Московского университета М.С. Уваров вспоминал: «Помню раз на кухне Ф.Ф. оказался мужик, пожелавший видеть профессора. Ф.Ф. его принял. Это оказался Л.Н. Толстой, пришедший посоветоваться, как кормить голодающих. И из беседы двух больших умов родились первые общественные столовые, заменившие собою прежнюю выдачу сырого пайка» (8). Ф.Ф. Эрисман высказывался категорически против употребления большинства суррогатов хлеба, признавая добавление к муке лишь картофеля и свекловичных отходов сахарного производства (9).

Даже после ухода Ф.Ф. Эрисмана в 1892 г. из земской организации, земские врачи оставались желанными гостями в его лаборатории в Московском университете, он руководил практическими и научными работами земских врачей.

В 1896 г. Ф.Ф. Эрисман, в связи с выступлением в защиту студентов, арестованных полицией, был уволен из университета и вынужден был уе-

хать в Швейцарию. Он получил множество сочувствующих писем от земских врачей, научных обществ, русских ученых. В ответ на письмо земских врачей Дмитровского уезда Московской губернии Ф.Ф. Эрисман писал: «...я буду вспоминать о России всегда с большой благодарностью, – я ей многим обязан. И никогда, конечно, я не забуду ни тех общих вопросов, которые воодушевляли нас на съездах, ни тех дорогих товарищей, с которыми вместе я имел счастье работать. Никогда я не порву своих связей с дорогой и близкой моему сердцу русской земско-медицинской организацией» (10).

Научные связи Ф.Ф. Эрисмана с русскими врачами продолжались вплоть до его смерти 13 ноября 1915 г. Как писал ученик Ф.Ф. Эрисмана, выдающийся гигиенист Г.В. Хлопин, «память о нем у нас в России будет еще долго жить и не только среди нас, его бывших учеников, научных сотрудников и товарищей по специальности, но и среди широких общественных кругов, особенно среди земских врачей и деятелей» (11).

Литература

1. Русская земская медицина / сост. Е.А.Осипов, И.В. Попов и П.И. Куркин. М., 1899. С. 95, 238.
2. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI – начало XX в.) / М.В. Поддубный, И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, Н.Н. Блохина, С.Г. Гончарова.; под ред. Р.У. Хабриева. М., 2014. С. 120-121.
3. Станкова М.Е. Первые комплексные социально-гигиенические исследования условий труда и быта фабрично-заводских рабочих в России // Советское здравоохранение. 1974. № 8. С. 82-87.
4. Сборник статистических сведений по Московской губернии. Отд. сан. статистики. М., 1882. Т.Ш. Вып. 1У. С. 288.
5. Базанов В.А. Ф.Ф. Эрисман. Л., 1966. С. 79-105.
6. Мицкевич С.И. Записки врача-общественника (1888-1918) 2-е изд. М., 1969. С. 67.
7. Приложение к журналам Учрежденной при Медицинском совете Комиссии по вопросу об улучшении санитарных условий и уменьшении смертности в России. СПб., 1886-1889. Вып. 1-3. С. 147-179.
8. Уваров М.С. Ф.Ф.Эрисман в земской медицине // Гигиена и санитарное дело. 1916. № 1-2. С. 61-64.
9. Базанов В.А., Егорышева И.В. Из истории общественных связей Ф.Ф. Эрисмана и Л.Н. Толстого // Гигиена и санитария. 1974. - № 6. С. 55-60.
10. Эрисман Ф.Ф. К земским врачам Дмитровского уезда Московской губ. // Общественный врач. 1916. № 1. С. 4.
11. Хлопин Г.В. Медицина и народное здравие // Гигиена и санитарное дело. 1916. № 1-2. С. 25.

РЕОРГАНИЗАЦИЯ УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СФЕРЫ В ТОБОЛЬСКОЙ ГУБЕРНИИ ПОСЛЕ РЕФОРМЫ 1895 ГОДА

Я.А. Ерофеев

Тюменский государственный университет

Н.С. Брынза

А.М. Сульдин

Тюменский государственный медицинский университет

ON THE REORGANIZATION OF MEDICAL SPHERE MANAGEMENT IN TOBOLY GOVERNIA AFTER THE REFORM OF 1895

Y.A. Erofeev

Tyumen State University

N.S. Brynza

A.M. Suldin

Tyumen State Medical University

Аннотация: в данной статье рассматривается влияние реформы переустройства губернских учреждений в Сибири на органы управления системы здравоохранения Тобольской губернии. На основе источников и литературы показано штатное расписание, функции, структурная подчиненность Врачебного отделения губернского правления, регулировавшего медицинскую часть. Дана оценка реализации закона 1895 года.

Ключевые слова: медицина, Врачебные отделения губернских правлений, врачебный инспектор, Тобольская губерния.

Annotation: this article examines the impact of the reform of the reorganization of the provincial institutions in Siberia on the management bodies of the health system of the province of Tobolsk. Based on sources and literature, the staffing table, functions, structural subordination of the Medical Department of the provincial government, which regulated the medical unit, is shown. The evaluation of the implementation of the law of 1895 is given.

Key words: medicine, Medical departments of provincial boards, medical inspector, Tobolsk province.

Правительством Российской империи от 1 июня 1895 г. было принято решение о преобразовании губернских учреждений. Взамен губернских советов с их многочисленной структурой были учреждены губернские управления. На территории Тобольской губернии закон вступил в силу с 1 ноября 1895 года. Управление врачебной и ветеринарной частью сосредоточилось в двух основных структурных подразделениях: Общем присутствии губернского правления (губернский врачебный и ветеринарный инспектор) и канцелярии (Врачебное отделение и Ветеринарное отделение)

Тобольского губернского управления (ПСЗРИ 1895: 358–362). Врачебное отделение являлось высшим органом управления и ведало вопросами «охранения народного здоровья» в губернии, медицинской полиции и судебной медицины (Ерофеев 2012: 90). Врачебное отделение Тобольского губернского управления по отношению к центральной власти находилось под началом Управления Главного врачебного инспектора. Дела Врачебного отделения наравне со строительным и межевым отделами имели особое совещательное присутствие при обсуждении и разрешении специальных вопросов. Присутствие проходило под председательством врачебного инспектора, на него могли быть приглашены и другие врачи (Статистический обзор Тобольской губернии за 1897 год: 56). Врачебное отделение имело право обращаться самостоятельно в вышестоящие инстанции по ограниченному кругу вопросов, имевших чисто специально-научное или техническое значение (вопросы судебной медицины и химии, испытание фельдшеров и повивальных бабок), не требовавших рассмотрения губернатором и общим присутствием (Фрейберг 1913: 17, 21–23, 52).

К функциям Врачебного отделения Тобольского губернского управления в соответствии с Врачебным уставом относились: «заботы о народном здравии вообще»; санитарный и общий врачебный надзор; контроль над больничными заведениями гражданского ведомства, аптеками и торговлей лекарственными препаратами; обследование больных; исследование привозившихся из-за границы косметических средств, минеральных вод, продуктов и напитков; допуск к продаже вышеуказанных товаров; разрешение на публикацию врачебных объявлений; хранение и заведование наборами врачебных инструментов; контроль над запасами пиявок у цирюльников и торговцев; участие при обсуждении в различных правительственных и общественных организациях (Ерофеев 2012: 91; Устав врачебный: 177–179).

По новому штатному расписанию в Тобольское губернское Врачебное отделение входили врачебный инспектор (V класса), два помощника инспектора (VI класса) и фармацевт (VII класса). Инспектор получал 1 800 руб. годового содержания, его помощники – по 1 000 рублей. Для фармацевта содержание не было официально установлено (ПСЗРИ 1895: 358–362). В штатное расписание были включены дополнительные служащие: врач для командировок по губернии (с 1897 по 1898 гг. – Г.П. Шубский), делопроизводитель сельско-врачебной части (в 1913 г. – В.Н. Лавров, а 1915 г. – М.Г. Енбаев) и его помощник (Адрес-Календарь 1897: 474; Адрес-Календарь 1898: 442; Памятная книжка 1913: 2; Памятная книжка 1915: 4).

На должности врачебного губернского инспектора только Ф.К. Зембицкий проработал 8 лет (с 1901 по 1908 гг.), все остальные менее пятилетнего

срока, вследствие высокой напряженности, обусловленной эпидемиологической обстановкой и климатическими особенностями Тобольской губернии. На должности фармацевта Э.И. Пугачевский состоял более 8 лет (с 1896 по 1903 г.), Х.А. Фрейберг прослужил 11 лет. Уезды должны были иметь на медицинской службе уездного врача, ветеринаров и их помощников, медицинских и ветеринарных фельдшеров, повивальных бабок или фельдшерниц-акушерок. В городах назначались городские врачи (Устав врачебный: 180–182). На уездных врачах возлагались обязанности по борьбе с эпидемиями, судебно-медицинскими исследованиям, санитарному надзору. Исходящие из Врачебного отделения Тобольского губернского управления бумаги, касавшиеся дел по назначению, увольнению, переводу и назначению врачей, должны были идти за подписью губернатора или вице-губернатора. Прямое губернаторское управление здравоохранением Тобольской губернии, вплоть до принятия решения о приеме врачей на работу, иные решения в области управления медико-санитарной сферы выполнялись с крайними затруднениями либо вовсе не выполнялись. Например, ввод в строй необходимых очистительных систем проходил очень медленно. Так, к 1904 г. из 10 городов Тобольской губернии водопровод работал только в Тюмени и Тобольске, а канализации не было вообще. На 1910 г. ситуация не изменилась (Статистический ежегодник 1913: 6).

Таким образом, реализация закона 1895 г. не оказала заметного влияния на повышение эффективности губернской власти. А.В. Ремнев в своем исследовании отметил, что в 1903 г. опыт преобразований в Сибири в рамках запланированной губернской реформы получил отрицательную оценку. В Министерство внутренних дел был представлен отчет, из которого следовало, что губернские советы должны формироваться по иному принципу, чем губернские управления Сибири, деятельность которых облегчала документооборот, но не меняла положения дел (Ремнев 1995: 194).

Литература

1. Адрес-Календарь. Общая роспись начальствующих и прочих должностных лиц по всем управлениям в Российской империи на 1897 год. Часть I, II. – СПб.: Тип. Правительствующего Сената, 1897. 1014 с.
2. Адрес-Календарь. Общая роспись начальствующих и прочих должностных лиц по всем управлениям в Российской империи на 1898 год. Часть I, II. – СПб.: Тип. Правительствующего Сената, 1898. 1011 с.
3. Ерофеев Я.А. Центральные и губернские органы «охранения народного здоровья» в XVIII–начале XX в. // Актуальные проблемы исторических исследований: взгляд молодых ученых: сборник материалов II Всероссийской молодежной научной конференции. Новосибирск: Нонпарель, 2012. С. 86–92.
4. Памятная книжка Тобольской губернии на 1913 год / Издание Тобольского губернского статистического комитета; [сост. секретарем комитета Е.Г. Юферовым]. Тобольск: Губернская типография, 1913. – 190 с.

5. Памятная книжка Тобольской губернии на 1915 год / Издание Тобольского губернского статистического комитета; [сост. секретарем комитета Е.Г. Юферовым]. Тобольск: Губернская типография, 1915. 158 с.
6. ПСЗРИ. Собрание III. Т. XV. 1895. СПб.: Государственная типография, 1899. 1542 с.
7. Ремнев А.В. Самодержавие в Сибири: Административная политика в первой половине XIX в. / отв. ред. А.П. Толочко. Омск: Изд-во ОмГУ, 1995. 237 с.
8. Статистический ежегодник России 1912 г. Пг.: ЦСК МВД, 1913. [644] с.
9. Статистический обзор Тобольской губернии за 1897 год / Издание Губернского статистического комитета. Тобольск: Тип. Губернского Управления, 1898. 94, [57] с.
10. Устав врачебный (издание 1905 г.) // СЗРИ. Т. XIII. Кн. I–III. СПб.: Русское Книжное Товарищество «Деятель», 1912.
11. Фрейберг Н.Г. Врачебно-санитарное законодательство в России: Указания и распоряжения правительства по гражданской, медицинской, санитарной и фармацевтической частям, опубликованные по 1 января 1913 г. / [сост.] Н.Г. Фрейберг. 3-е изд., испр. и доп. СПб.: Практическая медицина (В.С. Эттингер) Ф.В. Эттингер, 1913. XXVIII, 1071 с.

О РОЛИ ГУБЕРНАТОРОВ В ДЕЛЕ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ТОБОЛЬСКОЙ ГУБЕРНИИ В XIX – НАЧАЛЕ XX В.

Я.А. Ерофеев

Тюменский государственный университет

Н.С. Брынза

А.М. Сульдин

Тюменский государственный медицинский университет

ON THE ROLE OF GOVERNORS IN ORGANIZING HEALTH CARE TO THE POPULATION OF THE TOBOLSK PROVINCE IN THE PERIOD OF THE MID XIX AND EARLY XX CENTURY

Y.A. Erofeev

Tyumen State University

N.S. Brynza

A.M. Suldin

Tyumen State Medical University

Аннотация: в статье рассматривается роль института губернаторства в управлении медициной, а также пути решения вопросов обеспечения жизнедеятельности человека на примере организации здравоохранения на местах. Основной акцент сделан на взаимодействие власти губернатора и Врачебного отделения губернского правления.

Ключевые слова: медицина, Врачебные отделения губернских правлений, врач, губернатор, Тобольская губерния.

Annotation: The article examines the role of the Governorate in the management of medicine, as well as ways to address the issues of human life support using the example of health care organizations in the field. The main emphasis is on the interaction of the governor's authority and the Medical Department of the provincial government.

Key words: medicine, Medical departments of provincial boards, doctor, governor, Tobolsk province.

За период с 1870 г. по 1917 г. (47 лет) в Тобольской губернии сменилось 11 губернаторов. А.В. Ремнев в своей работе подчеркнул, что успешность деятельности губернатора зависела не столько от его правового статуса, сколько от выбора кандидата на этот пост, его личных способностей, административного опыта, знаний местных особенностей управления и срока пребывания на руководящей позиции (Ремнев 1997: 116). Важным критерием при назначении на должность начальника губернии являлось образование. Так, А.С. Соллогуб окончил Николаевскую академию Генерального штаба, Ю.П. Пелино – Харьковский Императорский университет, В.А. Лысогорский, Н.Л. Гондатти, А.А. Станкевич получили образование в Императорском Московском университете, Н.М. Богданович – в Императорском Санкт-Петербургском университете, Л.М. Князев получил диплом Петербургского Императорского училища правоведения, В.А. Тройницкий, А.П. Лаппо-Старженецкий были выпускниками Императорского Александровского лицея, Д.Ф. Гагман, Н.А. Ордовский-Танаевский получили образование в Павловском военном училище (Культурное наследие... 2008: 80, 120, 254, 337, 415, 437, 508, 517). Таким образом, 63% руководителей губерний имели высшее образование.

Принятие решения в вопросах осуществления санитарно-эпидемиологического надзора и управления врачебным делом на региональном уровне осуществлялось в пределах компетенции губернатора и подконтрольной ему администрации (Общее учреждение... 1892). Подведомственные губернские органы анализировали положение дел в системе медицинского обслуживания, выявляли проблемы, информировали губернатора, который принимал решения, направленные на их исправление. В.А. Лысогорский способствовал образованию временного комитета для оказания помощи переселенцам, больным и бедным. Руководителям губернии давалось право проверять все лечебные учреждения, решать вопросы, касавшиеся борьбы с эпидемиями и освидетельствования больных, открывать аптеки, принимать на службу и увольнять городских и уездных врачей, и фармацевтов, утверждать в правах государственной службы врачей в частных имениях. Во время эпидемий губернаторам для предотвращения распространения заболеваний предписывалось применять имевшиеся действенные меры.

Но не всегда система управления срабатывала адекватно ситуации и эффективность управления часто зависела от личности губернатора и его управленческих способностей. Так, в 1891–1892 гг. в Тобольской губернии вспыхнула эпидемия холеры. Меры, предпринятые губернатором В.А. Тройницким и местной администрацией для предотвращения распространения инфекции и организации своевременной специализированной медицинской помощи, были недостаточными. В результате из 29 876 заболевших около половины – 14 117 человек – умерло (Культурное наследие... 2008: 560). 3 декабря 1892 года В.А. Тройницкий оставил пост губернатора. Вступивший в управление Тобольской губернией Н.М. Богданович, принял ряд безотлагательных мер: пригласил врачей, устроил медицинские пункты, организовал быструю отправку партий переселенцев, нашел финансовые средства. В результате эпидемия была локализована и вскоре прекратилась.

А.П. Лаппо-Старженецкий организовал летом 1903 г. в Тобольской губернии – впервые в Западной Сибири – вакцинацию животных против сибирской язвы. При непосредственном участии Д.Ф. Гагмана и задействовании административного ресурса губернский санитарный комитет успешно справился с угрозой эпидемии холеры летом 1910 года (Культурное наследие... 2008: 81, 121, 337, 349).

Для обсуждения мер по охране общественного здоровья и борьбе с эпидемиями и эпизоотиями, для усиления взаимодействия различных ведомств или городских и сельских обществ, в Общее присутствие тобольского губернского правления по решению губернатора приглашали управлявших казенной палатой, государственным имуществом и удельным округом; полицмейстера; городского голову; духовное лицо; помощника врачебного инспектора и других, кто мог быть полезным своими знаниями и влиянием (Ерофеев 2012: 90; Фрейберг 1913: 18). В результате, по мнению И.В. Егорышевой и Е.И. Данилишина, голоса врачей при рассмотрении врачебно-санитарных вопросов не имели решающего значения (Егорышева, Данилишина 2001: 53). Врачебные отделения губернских правлений стали исполнителями распоряжений губернатора и губернских правлений и могли принимать решения только в делах, касавшихся исполнения законных предписаний. Тогда как, вопросы, личного и имущественного права (например, приостановление выдачи лекарства из частной аптеки), принимались по решению губернатора и вице-губернатора.

Литература

1. Егорышева И.В., Данилишина Е.И. Губернские и уездные правительственные органы охранения народного здоровья в России (XIX–начало XX века) // Здравоохранение Российской Федерации. 2001. № 1. С. 53–55.
2. Ерофеев Я.А. Центральные и губернские органы «охранения народного здоровья» в XVIII–начале XX в. // Актуальные проблемы исторических исследований: взгляд молодых

ученых: сборник материалов II Всероссийской молодежной научной конференции. Новосибирск: Нонпарель, 2012. С. 86–92.

3. Культурное наследие Сибири. Биографический справочник / сост. В.Ю. Софронов. Екатеринбург: Уральский государственный университет, 2008. 635 с.

4. Общее учреждение губернское // СЗРИ. Т. II. СПб., 1892. С. 270.

5. Ремнев А.В. Самодержавие и Сибирь. Административная политика второй половины XIX–начала XX в. Омск: Изд-во ОмГУ, 1997. 253 с.

6. Фрейберг Н.Г. Врачебно-санитарное законодательство в России: Узаконения и распоряжения правительства по гражданской медицинской, санитарной и фармацевтической частям, опубликованные по 1 января 1913 г. / [сост.] Н.Г. Фрейберг. 3-е изд., испр. и доп. СПб.: Практическая медицина (В.С. Эттингер) Ф.В. Эттингер, 1913. XXVIII, 1071 с.

БЛАГОТВОРИТЕЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ НА ДОНУ В XIX – НАЧАЛЕ XX ВВ.

Л.Г. Зарубинская

Ростовский государственный медицинский университет

CHARITY TO DON IN XIX – EARLY XX CENTURIES

L. G. Zarubinskaya

Rostov State Medical University

Аннотация: сострадание и милосердие к нуждающимся было широко распространено на Дону в XIX – начале XX вв. Благотворительная помощь выражалась в создании приютов, богаделен, больниц для бедных, которые создавались на общественные и личные средства. Наибольшее развитие благотворительность получила в годы Первой мировой войны.

Ключевые слова: благотворительность, милосердие, сострадание.

Abstract: Compassion and mercy to the needy was widespread in the Don in XIX – early XX centuries. Charitable assistance has resulted in the establishment of orphanages, almshouses, hospitals for the poor, which were created by public and private donations. The greatest development received the charity during the first world war.

Key words: mercy, charity, compassion.

Сострадание и милосердие к нуждающимся в России имеет давние традиции. Создание приютов, богаделен, больниц для бедных, которые создавались на общественные и личные средства, было широко распространено и на Дону в XIX – начале XX вв.

В 1836 году в г. Новочеркасске открылся области войска Донского приказ общественного призрения. На него возлагались содержание и управление школами, больницами, сиротскими домами, богадельнями, а также

управление капиталами и имуществом, предназначенным для целей общественного призрения.

В 1842 году в г. Новочеркасске был открыт Сиропитательный дом «... для призрения незаконнорожденных детей, подкидышей, детей, оставшихся круглыми сиротами за смертью родителей в бедном состоянии» [1]. Новочеркасский сиропитательный дом был третьим в России (после Москвы и Санкт-Петербурга). Для него наняли дом казака Тамбовцева. Большинство из младенцев были подкидыши, т.е. дети, рождение которых матери хотели скрыть или не могли содержать. Их везли из гг. Ростова, Нахичевани, Таганрога, поселений области войска Донского. На средства Приказа Общественного Призрения сироты содержались до десяти лет, после чего переходили в разряд прислуги и должны были сами зарабатывать себе на жизнь. В 1869 году решением императора Александра II была введена должность Почетной Попечительницы Новочеркасского сиропитательного дома для надзора за порядком и поступлением материальных средств. Обязанности Почетной Попечительницы стала выполнять Ольга Ивановна Черткова, жена Войскового Наказного Атамана войска Донского М.И. Черткова. С 1860 по 1870 гг. в сиропитательном доме ежегодно числилось от 700 до 100 детей.

В 1899 году Военный Министр утвердил Почетной Попечительницей Новочеркасского сиропитательного дома Марию Николаевну Максимович, жену войскового Наказного Атамана войска Донского К. К. Максимович. После посещения сиропитательного дома в июле 1899 года, Почетная Попечительница обратилась с официальным письмом к атаману войска Донского об увеличении средств на его содержание и предлагала активно использовать общественную благотворительность. Войсковой Наказной Атаман войска Донского К.К. Максимович направил письма во все округа области войска Донского, в котором извещал о полезном начинании Почетной Попечительницы и просил окружных атаманов содействовать поступлению благотворительных средств. По инициативе М.Н. Максимович в 1900 году было создано Донское Общество призрения летей Новочеркасского сиропитательного дома. Председателем Общества была избрана М.Н. Максимович. Деятельность Общества состояла в помощи детям одеждой, улучшении питания, а также организации в сиропитательном доме обучения детей грамоте и ремеслам, в наблюдении за воспитанием детей, находящихся у частных лиц и устройстве особых школ и мастерских, открытии особых «приютов для детей». Вскоре на счет Общества поступило 20 тысяч рублей от лиц, к которым обращалась М.Н. Максимович. В дальнейшем средства состояли из добровольных пожертвований, взносов членов Общества, средств от благотворительных мероприятий. Для облегчения вступления десятилетних детей в самостоятельную жизнь по предложению М.Н. Максимович в 1900 году был открыт приют сиропитательного дома. В приюте старшие дети жили,

учились грамоте и осваивали различные ремесла. Сначала детей было тридцать, затем их число увеличилось до шестидесяти.

Мечтой М.Н. Максимович было создание дачи-колонии или фермы, где девочки могли бы обучаться молочному хозяйству, уходу за скотом, садоводству, виноградарству, а мальчики бы обучались садоводству, огородничеству, ремеслу. Общество поддержало М.Н. Максимович и разрешило израсходовать на покупку земли до 7 тысяч рублей и на постройку зданий колонии еще 18 тысяч рублей. Мария Николаевна сама выбирала место под дачу-колонию. В 1905 году было построено главное кирпичное здание, больница, баня, водопроводное здание с керосиновым двигателем, с насосом и водопроводной магистралью. Однако в этом же году М.Н. Максимович уехала из города в связи с новым назначением мужа и ее начинания не смогли осуществиться в полной мере, т.к. средств не хватало. Приют сиропитательного дома сохранили, но оставили в нем только 30 девочек, которые обучались в школе при приюте. Также они обучались кройке и шитью, приготовлению несложных блюд, стирке белья и другим домашним работам. Под руководством и с помощью надзирательницы приюта девочки не только обшивали себя, но и стали выполнять заказы частных лиц. По решению Правления Общества эти деньги распределялись следующим образом: по 20% выделяли детям и вносили эти деньги в Государственную сберегательную кассу на именные книжки, 10% – надзирательнице, которая им помогала, остальные средства расходовались на нужды приюта (починку старых и покупку новых швейных и вязальных машин и пр.). Таким образом, выйдя из приюта, девочки могли работать горничными или домашней прислугой [2]. Приюту сиропитательного дома было присвоено имя М.Н. Максимович в память о ее благотворительной деятельности.

В отчете Ростовского Александровского благотворительного общества (Устав утвержден в декабре 1864 г.) говорилось: «Т.к. многие бедные женщины, живущие в г. Ростове, лишаются возможности найти средства на существование, будучи обременены малолетними детьми, которых они не могут оставить без надзора во время отлучки на работу, Совет Александровского благотворительного Общества предлагает временный дневной приют для детей таких родителей, в котором дети могли бы быть оставлены матерями в течение рабочего дня» [3]. В 1890 году жена писателя Н.В. Кукольника С.И. Работина завещала имение с постройками, садами и всей находившейся там недвижимостью для устройства детского приюта и «...обучения сирот, как казачьего так и неказачьего сословия Войска Донского огородничеству, садоводству и лесоводству» [4].

В 1890 году в Таганроге открылось благотворительное общество для младенцев и общество «Ясли» для оказания первоначальной помощи грудным младенцам, оставшимся без родителей. Для устройства приюта «Ясли»

коллежский советник М.Н. Варваца пожертвовал 5000 рублей, а затем стали поступать пожертвования и от других людей. Деятельность общества поддерживалась «...исключительно частными средствами (ежегодными взносами членов общества, единовременными пожертвованиями и суммами, получаемыми от лотерей, концертов и других увеселений» [5].

О пожертвованиях от граждан сообщалось и в местных газетах. Так в газете «Донские ведомости» от 5 декабря 1910 года сообщалось о праздновании пятилетия детского приюта в станице Каменской, для чего был устроен праздник с молебном и спектаклем, а деньги от праздника были направлены на строительство лазарета при приюте. Вдова мещанина Т.Е. Бибикова пожертвовала 10 тысяч рублей на строительство здания Начального Народного училища для детей бедных ремесленников города, а Нахичеванский купец Гогоев завещал на собственные средства открыть в г. Нахичевани женскую гимназию. Учреждались стипендии учащимся частными лицами для обучения в гимназиях, университетах.

В 1871 году было основано общество Донских врачей, которое сразу же стало оказывать врачебную помощь бедным и неимущим, что встретило поддержку и сочувствие у населения. Это дало возможность вскоре открыть бесплатную лечебницу для приходящих больных. Благодаря материальным пожертвованиям лечебница имела удобное помещение, медицинскую библиотеку, необходимые хирургические инструменты, а также возможность самым бедным больным покупать лекарства за счет благотворительных средств. В 1874 году в Новочеркасске состоялось открытие бесплатной женской больницы общества Донских врачей в доме, пожертвованном генерал-майором П.Г. Луковкиным. К дому он добавил еще 15 тысяч рублей как неприкосновенный фонд больницы, чтобы только проценты употреблялись на ее содержание и 2000 рублей на ремонт дома и первоначальное устройство больницы. На открытии больницы присутствовал Президент общества Донских врачей И.А. Петровский, а Донской архипастырь Платон сказал «...вы благородные донские врачи, потому что не только посещаете больных, но и врачуете их, при том врачуете не только за посильное вознаграждение трудов ваших, но и безвозмездно, как это показывает сия больница, учрежденная нами для бесплатного врачевания страдалец. Не ослабевайте же в исполнении священной обязанности, принятой вами на себя» [6].

В Уставе Общества попечения о неимущих больных лечебных заведений г. Новочеркасска от 1905 года говорится, что «...целью Общества является оказание пособий неимущим больным Новочеркассских лечебных заведений как стационарным так и амбулаторным больным областной войсковой больницы, бесплатной лечебницы общества Донских врачей, женской больницы, родильного приюта и дома умалишенных при Новочеркассских богоугодных заведениях, амбулатории Красного Креста и больницы для иногородних.

Общество должно снабжать их питанием, одеждой, обувью, средствами медицинской помощи и, по мере возможности оказывать содействие к отправлению и устройству их в санатории, на минеральные воды, грязи, в случае надобности на родину. Общество стремится установить связь с другими благотворительными учреждениями для приискания им работы после выписки из лечебного заведения и для облегчения участи их семей» [7].

В г. Нахичевани-на-Дону (ныне район г. Ростова-на-Дону) в 1889 году для попечения о бедных армянах при Нахичеванской Армяно-Григорианской во имя святого Григория Просветителя церкви учреждено Церковное Попечительство о бедных. Источником денежных средств и вообще материальных средств для Попечительства полагаются: «...имеющиеся доньне и впредь отказываемые для всепомоществования бедным армянам г. Нахичевани-на-Дону капиталы и имущества. В распоряжении Нахичеванского городского общественного управления имеются капиталы и имущества, завещанные и пожертвованные одновременно на благотворительные цели» [8]. Казак С. Кошкин подал прошение об открытии в Новочеркасске богадельни для бедных на собственные средства в 1866 г., а Я. Поляков в 1865 г. обратился с просьбой к Войсковому Наказному атаману принять в дар дом для благотворительных целей. В 1895 г. в станице Глазуновской Усть-Медведицкого округа (сейчас территория Волгоградской области) была построена богадельня на средства Приказа Общественного Призрения. 1 мая 1903 г. в Нахичевани-на-Дону открылась городская богадельня в память Священного Коронования на царство Государя Императора Николая Александровича [9].

В отчете Округного атамана Черкасского округа Войска Донского за 1898 г. говорится: «Имеются богадельни в станице Новочеркасской на 15 мужских и 15 женских кроватей и в станице Аксайской на девять мужских и пять женских кроватей. Кроме того имеется женская богадельня при Старочеркасском Ефремовском монастыре. На содержание Новочеркасской богадельни в 1898 г. израсходовано 2112 рублей, а Аксайской – 725 рублей. В других станицах округа, не имеющих богаделен и домов призрения, обязанность по призрению и содержанию престарелых граждан, вдов и сирот станичные общества выполняют посредством выделения из общественных сумм единовременных пособий или добавления одного или даже двух пайков земли. Денежных пособий выдано в отчетном году около 3500 рублей» [10].

В Уставе Таганрогского общества Призрения неимущих и помощи нуждающимся говорилось:

1. Таганрогское Общество призрения неимущим и помощи нуждающимся имеет целью временное доставление средств к улучшению материального и нравственного состояния бедных и неимущих г. Таганрога, без различия пола, возраста, званий, состояний и вероисповеданий.

2. Для достижения указанных целей Общество:

а) снабжает одеждой, пищей и приютом неимущих, лишенных возможности приобретать их собственными трудами и выдает им в крайних случаях денежные пособия;

б) содействует к приисканию нуждающимся занятий, к приобретению ими для работы материалов и инструментов и к выгодному сбыту их изделий;

в) снабжает бедных больных медицинскими пособиями под наблюдением врача на дому, а также помещению таких больных в больницы;

г) определяет престарелых, немощных и детей сирот в учреждаемые им в разных местах городских и внегородских территорий приюты, ремесленные и учебные заведения [11].

Наиболее централизованные формы движение благотворительности приобрело в годы Первой мировой войны. Возникли организации для оказания медицинской помощи больным и раненым, семьям призванных на войну, беженцам. Такими организациями на Дону были комитеты и отделения Всероссийского союза городов по оказанию помощи больным и раненым, созданные в августе 1914 года, комитеты великих княгинь Елизаветы Федоровны, Марии Павловны, комитеты по устройству беженцев. Так, на заседании Нахичеванской Городской Думы было принято решение об ассигновании в фонд союза городов по оказанию помощи больным и раненым воинам 3000 рублей. От частных лиц поступило пожертвований на сумму 6000 рублей [12]. Сбор пожертвований проходил и для семей воинов и для солдат, находившихся на фронте (отчисления денег, пожертвование вещей, продуктов). Из Донского областного отделения комитета великой княгини Елизаветы Федоровны на имя начальницы Новочеркасской частной женской гимназии А.Д. Дувакиной поступило благодарственное письмо председателя комитета, где говорится: «... выразить Вам и Вашим питомицам глубокую благодарность за редкую отзывчивость к положению семей наших доблестных воинов, выразившуюся в неоднократном пожертвовании изготовленного в Вашей гимназии платья для раздачи беднейшим семьям призванных на войну» [13]. С целью оказания помощи нуждающимся проводилась их регистрация: заводились регистрационные карточки отдельно для города и села, где давались сведения о том, кто без посторонней помощи не может выжить [14].

В настоящее время возрождаются традиции милосердия и благотворительной помощи, существовавшие ранее в России, и эта деятельность приобретает важное значение в решении многих социальных проблем. В настоящее время идет быстрый рост числа благотворительных организаций. В конце 1980-х годов их были десятки, в 2000-х годах – десятки тысяч. В наши дни в г. Ростове-на-Дону существуют Негосударственный благотвори-

тельный детский фонд им. великой княгини Елизаветы Федоровны Романовой, Благотворительный фонд помощи детям «Соверши добро», Ростовское региональное отделение Российского детского фонда, Благотворительный фонд помощи детям с онкогематологическими заболеваниями «Дарина», Благотворительный фонд защиты брошенных младенцев «Я без мамы», Донской региональный социально-благотворительный общественный фонд, Региональный фонд социальной и правовой поддержки ветеранов и сотрудников спецслужб, Благотворительный фонд Святителя Николая Чудотворца по оказанию помощи нуждающимся и другие.

Литература

1. Государственный архив Ростовской области (ГАРО), ф. 54, оп.1, д.1037, л. 5
2. Отчет Правления Донского Общества призрения детей Новочеркасского Сиропитательного дома за 1907-1908 гг. Новочеркасск, 1909
3. ГАРО, ф.46, оп.1, ед. хр. 2115, связка 184, л.2
4. ГАРО, ф. 301, оп. 8, д. 1351, л. 224
5. ГАРО, ф. 91, оп. 1, д. 613, л. 66.
6. Донские епархиальные ведомости, 1874, № 23, с. 724.
7. Устав Общества попечения о неимущих больных лечебных учреждений г. Новочеркаска. Новочеркасск, 1905
8. ГАРО, ф. 91, оп.1, д. 534, л. 5.
9. ГАРО, ф. 91, оп.1, д. 806, л.24
10. ГАРО, ф.301, оп. 17, д.174, л.781
11. Устав Таганрогского Общества Призрения неимущих и помощи нуждающимся. Таганрог, 1904
12. ГАРО, ф. 806, оп. 1, д. 10, л. 27.
13. ГАРО, ф. 442, оп. 1, д. 4, л. 8
14. ГАРО, ф. 442, оп.1, д. 2, л. 2-3

О СОЗДАНИИ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ВЕЛИКОБРИТАНИИ

О.Н. Камалова, Е.К. Склярова

Ростовский государственный медицинский университет

TO THE QUESTION OF THE RISE OF THE MINISTRY OF HEALTH OF GREAT BRITAIN

O.N.Kamalova, E. K. Sklyarova

Rostov State Medical University

Аннотация: на основе сравнительного метода исследования принята попытка сравнить эволюцию создания Министерства здравоохранения России и Великобритании. Медико-социальные идеи Дж. Бентама,

Э. Чедвика, Дж. Симона легли в основу обоснования введения Министерства здравоохранения Великобритании в XIX веке. Термины «общественное здравоохранение» и «Министерство здравоохранения» появились впервые в законодательных документах и отчетах Британии в первой половине XIX века в эпоху урбанизации.

Abstract: on the base of comparative method, the authors tried to compare the evolution of the rise of the Ministry of Health of Russia and Great Britain.

Ключевые слова: Министерство здравоохранения, Э. Чедвик, Дж. Симон, общественное здравоохранение, Великобритания, Россия.

Key words: Ministry of Health, E. Chadwick, J. Simon, public health, Great Britain, Russia.

Становление Министерств здравоохранения России и Великобритании – объект научных дискуссий российских и зарубежных ученых. В имеющихся исследованиях содержится ряд спорных вопросов об эволюции их создания. В работах российских ученых проблема происхождения Министерства здравоохранения России пересматривается, поскольку оно не являлось первым в мире министерством здравоохранения [Козовенко 2016: 122].

Медико-социальные идеи Дж. Бентама, С. Смита, Э. Чедвика, Дж. Симона легли в основу обоснования введения Министерства здравоохранения Великобритании в XIX веке. Однако в России соответствующая «социальная модернизация была прервана Октябрьским переворотом» [Склярова 2011: 200]. Термины «общественное здравоохранение», «санитарный врач» и «Министерство здравоохранения» появились впервые в законодательных документах и отчетах Соединенного Королевства уже в первой половине XIX века в эпоху урбанизации.

Выдающиеся английские реформаторы Э. Чедвик, С. Смит, Дж. Симон стали основателями системы общественного здравоохранения Великобритании. В своих работах они развивали идею Дж. Бентама о создании Министерства здравоохранения [Харламов 2014: 60].

В работе «Конституционный кодекс. Для пользы всех наций и правительств, утверждающих либеральное мнение» Дж. Бентам, развив идеи утилитаризма, разработал детальный проект решения социальных проблем. Специальные разделы посвящались инспекции, миграции, регистрации населения, критике коррупции и созданию Министерства здравоохранения [Bentham]. Согласно его концепции предлагалось разделить государственное управление на две сферы: 1) центральное управление, 2) местное управление. Первое должно быть сосредоточено в 13 министерствах, руководимых министрами и назначаемых премьер-министром. Шесть министров должны были заниматься вопросами – 1) здравоохранения, 2) предотвращения социальных проблем, 3) помощи неимущим, 4) недвижимости, 5) образования,

б) внутренних коммуникаций. Все министерства должны были подлежать государственной инспекции, составляя новую систему управления страны. В компетенцию Министерства здравоохранения должны были входить: больницы, работные дома, тюрьмы, школы, водоснабжение, карантинная служба, дренаж, кладбища, шахты, фабрики, производство и хранение лекарств, медицинское обслуживание армии и флота. Министерство служб предотвращения должно было предотвращать рост смертности и заболеваемости населения, преступности, наводнения, пожар, голод, а Министерство юстиции – правонарушения и миграцию населения.

Российский историк И. В. Венгрова подчеркивала, что прогрессивные предложения о создании министерства здравоохранения вошли в кодекс Британии благодаря доктору С. Смитсу [Венгрова 1970: 47]. В XIX веке Дж. Симон [Simon 1854] и Э. Чедвик [Chadwick 1878] развивали идею создания Министерства здравоохранения, которое было введено в Великобритании лишь в 1919 году. Санитарный врач Сити Дж. Симон в середине XIX века настаивал на обязательности научного подхода к решению проблем здравоохранения, введения Министерства здравоохранения и поста Министра здравоохранения. Идея о создании Министерства здравоохранения и соответствующих полномочиях Министра здравоохранения была развита Э. Чедвиком на Международном конгрессе по вопросам гигиены в 1878 году.

Зарубежные и российские ученые указывали на роль Эдвина Чедвика, как создателя системы общественного здравоохранения Великобритании, отмечая, что созданный им Генеральный совет здравоохранения – предшественник Министерства здравоохранения [Porter 1990: 251], [Склярова 2010: 8], [Sklyarova 2017: 25]. «Отчет Министру внутренних дел членов Комитета по Закону о бедных или расследование санитарных условий жизни рабочего населения Великобритании» был подготовлен под руководством Э. Чедвика. Документ был представлен в английский парламент в 1842 году. Впервые было предложено ведение закона об общественном здравоохранении, должности санитарного врача и Генерального совета здравоохранения [Report 1842].

В 1848 г. был принят первый «Акт об общественном здравоохранении, 1848», который распространялся на Англию и Уэльс, за исключением Лондона [Public Health Act, 1848: 63]. В Великобритании впервые вводился новый термин – «здравоохранение городов», на смену которому пришло «общественное здравоохранение». Утилитаристские идеи Дж. Бентама, С. Смита и Э. Чедвика привели к обоснованию концепции здравоохранения городов мира. Уровень рождаемости и смертности населения, их зависимость от условий жизни населения стали объектом медицинских и статистических исследований. Созданная система здравоохранения «превратилась в фундамент Министерства здравоохранения и Национальной службы обществен-

ного здравоохранения Британии» [Склярова 2007: 186]. С. Ловцов отмечал еще в 1874 г., что первое место «в деле санитарных учреждений в настоящее время принадлежит Англии, не потому, что ее санитарные учреждения были, безусловно, образцовыми и безупречными, но потому, что они выше санитарного устройства в других государствах» [Ловцов 1874: 68].

Таким образом, Министерство здравоохранения – новый термин и орган государственного управления, предложенный в эпоху урбанизации юристом и философом Дж. Бентамом, получив обоснование в работах основателей системы здравоохранения Великобритании – Э. Чедвика, С. Смита, Дж. Симона. Министерство здравоохранения должно было контролировать больницы, работные дома, тюрьмы, школы, водоснабжение, дренаж, карантин, кладбища, шахты, фабрики, медицинское обслуживание армии и флота, производство и хранение лекарств. Комплексный анализ эволюции становления министерств здравоохранения России и Великобритании подчеркивает необходимость привлечения к исследованию этих процессов историков медицины и англоведов. Термин «Министерство здравоохранения» появились впервые в законодательных документах и отчетах Британии в первой половине XIX века в эпоху урбанизации.

Литература

1. Козовенко М. Н. К вопросу о деятельности Главного управления государственного здравоохранения (к 100-летию образования ведомства) // С. 122. Материалы III (XIII) Съезда Российского общества историков медицины, посвященного РОИМ / К.А. Пашков (отв. ред.). М., 2016. С. 122.
2. Склярова Е.К. Урбанизация, социальная реформа и здравоохранение Великобритании в первой половине XIX века. Ростов н/Д: ИПО ПИ ЮФУ, 2011. С. 68, 156.
3. Харламов Е.В., Склярова Е.К., Киселева О.Ф. Деонтология жизни. Ростов н/Д, 2014. С. 60.
4. Bentham J. Constitutional Code // In: The Collected Works of Jeremy Bentham / Ed. by F. Rosen, J. H. Burns. Oxford, 1983. Vol.1.
5. Венгрова И. В. Из истории социальной гигиены в Англии XIX века. М., 1970. С. 47.
6. Simon J. Report about Sanitary Condition of the City of London. L., 1854.
7. Chadwick E. A Minister of Health // Journal of the Royal Society of Arts. 1878. Vol. 26.
8. Porter D., Porter R. The Ghost of Edwin Chadwick // The British Medical Journal. 1990. Aug. 4. № 301. P.251.
9. Склярова Е.К., Котова Т.А. Эдвин Чедвик – создатель системы общественного здравоохранения. Подарок России или Великобритании. Ростов н/Д, 2010. С. 8.
10. Sklyarova E.K. Crimean War and Establishment of Public Health System in Great Britain // Научный альманах стран Причерноморья. 2017. № 1 (9). С. 25.
11. Report of the Poor Law Commissioners to the Secretary of State or an Inquiry into the Sanitary Condition of the Laboring Population of Great Britain // P.P. 1842. Vol. XXVI.
12. Public Health Act, 1848 // 11 & 12 Vict. c. 63.
13. Склярова Е.К. Промышленный переворот, урбанизация и становление системы здравоохранения Великобритании в эпоху королевы Виктории. Ростов н/Д, 2017. С. 186.
14. Ловцов С. Об устройстве санитарной части в России // Здоровье. 1874. № 5. С. 68.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ИСТОРИИ САНИТАРНОГО ДЕЛА В ПРИМОРСКОМ КРАЕ

П.Ф. Кiku¹, А.Б. Косолапов¹, В.Ю. Ананьев²

¹Дальневосточный федеральный университет, Школа биомедицины,
г. Владивосток,

²ФБУЗ «Федеральный центр гигиены и эпидемиологии»
Роспотребнадзора, г. Москва

SOME ASPECTS OF HISTORY OF SANITARY BUSINESS IN THE PRIMORSK TERRITORY

P.F. Kiku¹, A.B. Kosolapov¹, V.Yu. Ananiev²

¹Far Eastern Federal University, School of Biomedicine, Vladivostok,

²FBUZ «Federal Center for Hygiene and Epidemiology»
of Rospotrebnadzor, Moscow

Аннотация: описаны некоторые аспекты истории развития санитарного дела в Приморском крае. Показаны мероприятия по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения в период Гражданской войны на Дальнем Востоке, в годы строительства социализма, а также в постсоветский период.

Ключевые слова: история, санитарное дело, санитарно-эпидемиологическое благополучие.

Summary. Some aspects of the history of sanitary development in Primorsky Krai are described. Measures to ensure the sanitary and epidemiological welfare of the population during the Civil War in the Far East, during the construction of socialism, as well as in the post-Soviet period are shown.

Key words: history, sanitary business, sanitary and epidemiological well-being.

Исторические аспекты санитарно-профилактической деятельности в Приморском крае остаются наименее изученными разделами отечественной истории медицины. Сохранившиеся архивные и библиографические источники, освещающие возникновение, становление и развитие санитарного дела в Приморском крае в XIX веке, немногочисленны, что в определенной степени обусловлено неоднократно менявшимся административным делением Восточной окраины России и утратой преемственности в делопроизводстве и хранении документов.

В 80-е годы XIX века единственным медицинским учреждением г. Владивостока был морской госпиталь «для всех ведомств, сословий и лиц города». Госпиталь занимался исключительно лечением, однако некоторые прогрессивные врачи понимали неизбежность проведения санитарных

мероприятий для предупреждения эпидемий. В 1889 г., благодаря усилиям врачей госпиталя А.Е. Черемшанского и А.А. Шишло, обучавшегося у Л. Пастера, по разрешению городской администрации в г. Владивостоке открывается Пастеровская станция. Это было первое учреждение на Дальнем Востоке, оказывающее антирабическую помощь.

В 1884 г. Владивостокская дума выделяет деньги на содержание первого городского врача. Им стал молодой доктор Иван Мякотин. Через полгода после начала работы в должности городского врача И. Мякотин, осматривая больного, заразился и умер от брюшного тифа.

Первое упоминание о деятельности санитарно-исполнительной комиссии г. Владивостока относится к 1893 г. (Газета «Владивосток». 1893; 24: 1). Председателем комиссии был избран Городской голова, в ее состав вошли гражданские практикующие врачи и старший экипажный врач коллежский советник Красильников. Санитарно-исполнительная комиссия занималась предупреждением эпидемий холеры, чумы и дифтерии, устранением их последствий и статистической отчетностью.

Конец XIX – начало XX вв. характеризовался выраженным эпидемическим неблагополучием Приморской области. В 1886, 1890, 1895, 1902, 1910 гг. разразились эпидемии азиатской холеры, в 1874, 1875, 1879, 1887, 1896 гг. – натуральной оспы. Противоэпидемические мероприятия сводились к химической дезинфекции и вывешиванию желтых карантинных флагов (Газета «Владивосток». 1893; 24: 4).

Портовое положение г. Владивостока и его тесные морские связи с десятками государств поддерживали напряженную санитарно-эпидемиологическую обстановку, в основном по холере и чуме. Для предупреждения заноса карантинных инфекций в 1901 г. на острове Русский была открыта обсервационная станция, действовавшая до 1926 г. Станция имела стерилизационное отделение, бараки для больных, помещения для персонала и хранения оборудования. Все суда, заходившие в порт г. Владивостока, останавливались на рейде напротив брандвахты. Экипаж и пассажиров осматривал дежурный санитарный врач. Выявленных больных помещали в изолятор, судно обеззараживали, используя сулему и известь.

Медицинские отчеты свидетельствуют о неоднократных случаях проявления самоотверженности персонала станции. Самым неблагополучным оказался 1910 г. Начиная с апреля г. Владивосток наводнили тысячи китайских и корейских рабочих. С наступлением теплых дней среди них стали регистрироваться случаи холеры. Число пострадавших не уменьшалось и в октябре 1910 г. городские власти официально объявили об эпидемии холеры во Владивостоке. Персонал станции обсервации работал с колоссальной нагрузкой, подчас в экстремальных условиях. Например, 8 октября 1910 г. на борту парохода «Тунгус», пришедшего во Владивосток, среди почти тысячи

китайских и корейских рабочих были выявлены холерные больные. В течение ближайшей ночи с борта парохода сняли всех пассажиров; 300 иностранцев подверглись санитарной обработке и были размещены в бараках. Остальные пассажиры в ожидании дезинфекции находились на трех баржах. Для карантина пассажиров было развернуто почти 4 тыс. мест. Еще 50 мест были выделены для больных холерой. Ситуация осложнялась тем, что на станции обсервации было всего 18 больничных коек, а ее общая вместимость не превышала 200 мест. Тем не менее, члены экипажа парохода и пассажиры были обследованы и санированы (Мизь Н.Г., Турмов Г.П., 2000: 69.).

В 1906 г. городская Дума г. Владивостока впервые утверждает должность городского санитарного врача; им становится В. Перватов, проработавший на этом посту много лет.

В начале 1912 г. в Приморской области работали всего два санитарных врача. К середине года в г. Владивостоке впервые вводится должность школьного врача, а для проведения текущего санитарного надзора открывается санитарно-гигиеническая лаборатория с двумя сотрудниками – врачом (химиком-бактериологом) и фельдшером. Создается медико-статистическое бюро, учреждается низший санитарный надзор, представленный шестью надзирателями и двумя дезинфекторами.

С развитием транспорта риск распространения инфекционных заболеваний увеличивается, а Гражданская война еще более усугубляет напряженную эпидемиологическую ситуацию. В связи с этим в 1919 г. выходят дополнения и изменения к правилам о санитарно-исполнительных комиссиях на железных дорогах. В правилах описывались полномочия и направления деятельности комиссий по борьбе с эпидемиями чумы и возвратного тифа и указывалось на создание в г. Владивостоке чумного городка. Кроме барачков для размещения больных, в чумном городке были сформированы дезинфекционный отряд и бактериологическая лаборатория.

В 1921 г. в Приморской области в условиях продолжавшейся Гражданской войны, возникла эпидемия чумы. Из-за отсутствия противочумных учреждений противоэпидемические мероприятия были поручены лечебно-санитарной службе Уссурийской железной дороги. На узловых станциях работали участковые санитарно-исполнительные комиссии. Помещения вокзалов, перроны и вагоны дезинфицировались карболовым раствором. Фельдшера осматривали всех прибывающих пассажиров. Больных с симптомами инфекционных заболеваний изолировали в санитарных вагонах, следовавших в составе пассажирских поездов.

Между станциями Владивосток и Угольная с 8 марта 1921 г. курсировал пятнадцативагонный противочумный поезд. В нем размещались изолятор, обсерватор, аптека, лаборатория, кузница, дезинфекционная камера, баня, морг. В штате поезда состояли 2 врача, 4 фельдшера, 1 дезинфектор, 10 са-

нитаров и 6 охранников (карантинная стража). На бригаду поезда возлагалась функция врачебного осмотра и термометрия пассажиров. В период с 18 марта по 5 июля 1921 г. персоналом противочумного поезда было осмотрено 110200 пассажиров; на железнодорожных путях подобрано 13 и сожжено 17 трупов, изолировано 37 чел., транспортировано в противочумной городок 328 чел.; обсервации подвергнуто 105 чел., изоляции – 83 чел. (<http://www.fcrw.ru/i1.html>).

После освобождения Приморья от белогвардейцев и интервентов осенью 1922 г. при Дальревкоме создается отдел здравоохранения (Дальздрав). В его состав вошли пять губздравов, в том числе отдел здравоохранения Приморского губисполкома. Приказом начальника Приморского губернского революционного комитета формируется Губернский санитарно-медицинский подотдел. Одновременно начинают работу уездные и районные медико-санитарные делопроизводства.

На острове Русский открывается санитарно-наблюдательная станция. В конце 1922 г. в ее штате состояло 8 санитарных работников, спустя год их число увеличилось до 28 человек. В 1923 г. учреждаются уездные и районные отделы здравоохранения (ГАПК. Ф. Р-86. Оп. 1. Д. 3а. Л. 1.).

В период с 1924 г. по 1929 г. материально-техническая база здравоохранения Приморья стремительно развивалась: появились новые медицинские учреждения, были расширены штаты медицинских работников. В 1929 г. только в г. Владивостоке работало 10 санитарных врачей, в том числе школьно-санитарных – 6 чел. В 1930 г. открываются два городских санитарных учреждения – дезинфекционная станция и санитарное бюро с шестью санитарными врачами всех специальностей и одним врачом-эпидемиологом (ГАПК. Ф. Р-86. Оп. 1. Д. 24. Л. 48.).

С 1932 г. по 1939 г. при Приморском областном исполнительном комитете работал Приморский областной отдел здравоохранения. В его задачи входил надзор за учреждениями здравоохранения, контроль лечебного и санитарного дела, улучшение охраны здоровья трудящихся путем снижения заболеваемости и смертности, санитарный надзор на промышленных предприятиях (ГАПК Ф. Р-341. Оп. 2. Д. 3. Л. 14-16.). Важнейшей задачей Приморского областного отдела здравоохранения в 1932-1933 гг. стала борьба с эпидемией сыпного тифа (ГАПК Ф. Р-341. Оп. 1. Д. 4.1. Л. 7-14.).

В 1936 г. на основании Указа Министерства здравоохранения при городских и районных здравотделах Приморской области создаются государственные санитарные инспекции, просуществовавшие до 1949 г. В июне 1948 г. начинает работу Владивостокская городская санитарно-эпидемиологическая станция (СЭС). В декабре 1948 г. открывается Приморская краевая СЭС второй категории. Первым главным врачом краевой СЭС стала эпидемиолог З.К. Колесникова. В 1950 г. в составе краевой СЭС функционировали

санитарный, эпидемиологический и бактериологический отделы (ГАПК. Ф. Р-318. Оп. 1. Д. 61. Л. 17.).

В последующее десятилетие система советского здравоохранения была реорганизована, что повлекло за собой укрупнение санитарно-эпидемиологической службы. Приказом Министерства здравоохранения СССР № 98 от 1.02.1951 г. было утверждено «Положение о санитарно-противоэпидемической службе» с возложением на нее текущего санитарного надзора на всей территории СССР, а также предупредительного надзора за объектами районного и городского подчинения. В соответствии с этим Положением при Приморской краевой СЭС создается санитарно-гигиеническая лаборатория, а в 1955 г. – паразитологический отдел, который возглавила В.С. Дорохова.

В 1956г. на основании приказа Министерства здравоохранения № 180-м от 11.03.1955 г. «О реорганизации бруцеллезных и противомаларийных станций в отделы особоопасных инфекций при СЭС» создается отдел особо опасных инфекций (руководитель М.В. Федорова). В 1956 г. появляется радиологическая группа, в 1958 г. – дезинфекционный отдел. В 1960 г. при паразитологическом отделе были организованы вирусологическое и гельминтологическое отделения. В 1966 г. при радиологической группе открылась радиохимическая лаборатория (ГАПК. Ф. Р-318. Оп. 1. Д. 61. Л. 67-69.).

К 1968 г. в составе санитарно-эпидемиологической службы Приморского края работали 40 СЭС и санитарно-эпидемиологические отделения при Пожарской и Чкаловской районных больницах, 47 санитарно-бактериологических и 11 санитарно-гигиенических лабораторий, радиологическая лаборатория, дезинфекционная и противочумная станции с двумя отделениями и одной самостоятельной лабораторий, НИИ эпидемиологии и микробиологии. В 1972 г. санитарно-эпидемиологическое благополучие Приморского края обеспечивали 185 санитарных врачей, 462 средних медицинских работника и 53 врача-инфекциониста (Маслов, 2012).

Новая страница в истории санитарно-эпидемиологической службы России и Приморского края открывается 19 апреля 1991 г. с принятием Федерального закона от 30.03.1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». Санитарная служба выводится из ведомственного подчинения и переходит на уровень централизованного управления и финансирования из федерального бюджета.

В 1999 г. был принят новый Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», уточнивший основные положения закона 1991 г., включивший в себя принципиальные положения, которые ранее регулировались подзаконными актами.

Во исполнение Указа Президента Российской Федерации от 9 марта 2004 г. № 314 «О системе и структуре федеральных органов исполнительной власти», распоряжения Правительства Российской Федерации от

13.01.2005 г. № 23-р «О создании федеральных государственных учреждений здравоохранения – центров гигиены и эпидемиологии, подведомственных Роспотребнадзору» и приказа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 18.01.2005 г. № 5 «О проведении реорганизации центров Госсанэпиднадзора», в 2005 г. санитарно-эпидемиологическая служба Приморского края была вновь реорганизована. Ей были переданы функции Министерства экономического развития и торговли РФ в сфере надзора на потребительском рынке, Министерства РФ по антимонопольной политике и поддержке предпринимательства – в сфере защиты прав потребителей.

В настоящее время Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Приморскому краю является территориальным органом Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. В состав Управления входят 7 территориальных отделов: в гг. Находка, Уссурийск, Дальнегорск, Лесозаводск, Спасск-Дальний, Партизанск, Арсеньев. Структура Управления в Приморском крае представлена также ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Приморском крае», учреждениями дезинфекционного профиля, ФКУЗ «Приморская противочумная станция» Роспотребнадзора.

Санитарно-эпидемиологическая служба Приморского края тесно взаимодействует с органами государственной и исполнительной власти, общественными организациями, подтверждая свою необходимость и значимость в решении вопросов охраны здоровья населения и обеспечении его санитарно-эпидемиологического благополучия.

Литература

1. Приказ командира Владивостокского порта от 7 июня, № 336. Газета «Владивосток». 1893. № 24. С.1.
2. Хроника. Газета «Владивосток». 1893. № 24. С. 4.
3. Мизь Н.Г., Турмов Г.П. Страницы забытой истории Владивостока. Владивосток: изд-во ДВГУ; 2000. С. 69.
4. Основные этапы развития санитарно-эпидемиологической службы на железнодорожном транспорте. ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии по железнодорожному транспорту»: <http://www.fcrw.ru/i1.html>(дата обращения 16.08.2017).
5. ГАПК. Ф. Р-86. Оп. 1. Д. 3а. Л. 1.
6. ГАПК. Ф. Р-86. Оп. 1. Д. 24. Л. 48.
7. ГАПК Ф. Р-341. Оп. 2. Д. 3. Л. 14-16.
8. ГАПК Ф. Р-341. Оп. 1. Д. 4.1. Л. 7-14.
9. ГАПК. Ф. Р-318. Оп. 1. Д. 61. Л. 17.
10. ГАПК. Ф. Р-318. Оп. 1. Д. 61. Л. 67-69.
11. Маслов Д.В., Полякова М.В., Будаева И.Б., Некрасова Н.А. История развития государственной санитарно-эпидемиологической службы Приморского края. Здоровье. Медицинская экология. Наука. 2012. № 3 (49). С. 2-5.

ЗЕМСКАЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ-СИРОТАМ В САРАТОВСКОЙ ГУБЕРНИИ В КОНЦЕ XIX – НАЧАЛЕ XX ВВ.

О.С. Киценко

Волгоградский государственный медицинский университет

MEDICAL AND SOCIAL CARE TO ORPHANS IN SARATOV PROVINCE AT THE LATE XIX – EARLY XX CENTURIES

O.S. Kitsenko

Volgograd state medical university

Аннотация: в 1870-80-е гг. Саратовское губернское земство осуществляло финансовую поддержку благотворительного общества «Ясли». С 1890 г. приют «Ясли» был преобразован в Губернский земский сиротский приют, ставший центром медико-социальной помощи детям-сиротам в губернии.

Ключевые слова: земство, сиротский приют, медико-социальная помощь, детская смертность, Саратовская губерния.

Abstract: Zemstvo in Saratov province supported existing orphanage «Yasly» in 1870-80. It was transformed into the orphanage of Saratov zemstvo in 1890. The orphanage began its activity as center of medical and social care in the province.

Key words: zemstvo, medical and social care, childhood mortality, Saratov province.

Согласно Положению о земских учреждениях 1864 г., общественное призрение вошло в круг земских обязанностей. С начала функционирования земств в Саратовской губернии (1866 г.) губернское и уездные земства ежегодно выделяли средства на поддержку местных благотворительных и образовательных учреждений. Медико-социальная помощь детям-сиротам в ряду статей земских расходов появилась в 1877 г., когда губернское земское собрание впервые выделило 500 руб. саратовскому благотворительному обществу «Ясли» на «призрение подкидышей». В 1878 г. субсидия выросла до 1800 руб. (на содержание 12 детей), также были выделены резервные средства – еще по 173,5 руб. на каждого воспитанника (Земско-медицинский сборник 1894: 5-9). В 1879 г., кроме пожертвования 1800 руб., 1200 руб. было направлено на призрение детей, которые «выйдут из грудного возраста». В 1881 г. сумма пожертвований увеличилась до 3 тыс. руб., в 1882 – до 4650 руб., в 1883 – до 6 тыс. (Систематический сборник постановлений Саратовского земства 1884: 572-574). Всего приюту «Ясли» на содержание детей-сирот за 1867-1882 гг. было выделено 13939 руб.

Несмотря на ежегодное увеличение финансовой поддержки приюта, земские медики настаивали на передаче заботы о детях-сиротах в непосред-

ственное ведение земства. В 1880-е гг. губернское земство неоднократно ходатайствовало об открытии в Саратове самостоятельного воспитательного дома или филиала Московского воспитательного дома, однако ходатайство отклонялось саратовским губернатором. Лишь в 1889 г. Саратовское земство получило возможность организовать приют для детей-сирот (Земско-медицинский сборник 1894: 9).

На VI съезде земских врачей 1890 г. был представлен доклад доктора В.Д. Ченыкаева «О желательности организации Саратовского земского приюта для подкидышей». В докладе были изложены основы реформирования системы призрения детей-сирот: предполагалось наиболее полное обеспечение их врачебной помощью и ряд мер по сохранению здоровья детей до поступления их в приют. Так, по мнению автора доклада, разрешение свободного приема из рук матерей оказало бы существенное влияние на здоровье детей, застраховав их от переохлаждения и голода. Сироты, переданные в деревни кормилицам, должны были обеспечиваться «ближайшим врачебным надзором»: предлагалось отдавать детей в возрасте не менее 2-х недель в села, близкие к врачебным пунктам, не далее 50 верст от железной дороги. При этом число детей под надзором 1 земского врача не должно было превышать 5-и. Определялись требования к кормилицам: предпочтение отдавалось женщинам, которые недавно выкормили (или потеряли) своего ребенка (что обеспечивало достаточное количество молока) и предоставили врачебное свидетельство о своем здоровье. Предлагалось подробное исследование «питомничества» на местах за последние 5 лет – с изучением случаев одновременных смертей сирот и собственных детей у кормилиц и сравнения с детской смертностью в целом. Для искусственного вскармливания предлагалось учредить при сиротском приюте молочную ферму. Съезд утвердил основные положения доклада В.Д. Ченыкаева (Губернские съезды и совещания земских врачей, 1903: 83). Были установлены правила приема детей в приют, определения их на вскармливание в деревни, а также усыновления. Был оговорен и вопрос об обратном приеме усыновленных детей в приют: «Губернская управа может и отобрать дитя, взятое из приюта, если его посылают нищенствовать, жестоко обращаются либо усыновители ведут пьяную и распутную жизнь» (Губернские съезды и совещания земских врачей, 1903: 86).

На этом же съезде врач В.И. Буховцева представила доклад «Проект устройства системы призрения подкидышей на основании 11-летней практики заведования приютом «Ясли», в котором предлагалось переименовать приют «Ясли» в Губернский земский сиротский приют. В дальнейшем это название закрепилось в земской делопроизводственной документации.

Несмотря на то, что руководство приютом осуществлялось земскими врачами, заболеваемость и смертность в нем были очень высокими. Они

определялись, в первую очередь, состоянием здоровья детей, поступавших в приют. Многие подкидыши поступали с врожденными пороками, недоношенные, подвергшиеся переохлаждению, истощенные вследствие искусственного вскармливания («на рожке»), больные сифилисом и туберкулезом. Смертность в сиротском приюте отражена в «Ведомости о движении детей, состоящих на содержании Саратовского губернского земства», в 1890-е гг. регулярно публикуемой на страницах журнала «Саратовский санитарный обзор» (см. табл.).

Ведомость о движении детей, состоящих на содержании Саратовского губернского земства (за 1-е полугодие 1891 г.)

Сведения о движении сирот	январь	февраль	март	апрель	май	июнь
В деревнях на воспитании	107	109	102	106	118	118
В Саратовском земском приюте	40	49	39	37	25	27
В приюте Галкина-Врасского	5	5	5	5	5	5
Прибыло в течение месяца	9	13	12	16	18	13
Смертность в деревне	1	1	6	5	9	9
Смертность в приюте	-	2	1	13	3	3

(Сост. по: Саратовский санитарный обзор. 1891. № № 4-14.)

Высокая смертность в приюте провинциального Саратова коррелировала со статистикой смертности в приютах Москвы и Петербурга, достигая 80-90%. По мнению заведующей Саратовским приютом Е.А. Харизоменовой, главной причиной высокой смертности было состояние здоровья поступающих детей – такое, что «они не могли выжить при самом идеальном уходе» [Саратовский санитарный обзор 1891: 393]. Однако концентрация в приюте большого числа ослабленных детей создавала отнюдь не идеальные условия, а напротив – несла риск распространения инфекционных заболеваний, прежде всего, острых детских инфекций: кори, коклюша, дифтерии, скарлатины. Так, по свидетельству врачей, эпидемии высококонтагиозной кори производили «настоящее опустошение» в приюте.

Земские медики стремились добиться снижения детской смертности в приюте хотя бы до среднестатистических тогда 26-27%. Изучался зарубежный опыт организации медико-социальной помощи сиротам: просветительская работа с кормилицами, изоляция детей, страдавших инфекционными болезнями. В 1900-е гг. смертность в приюте сократилась до 60%. Однако постоянный приток уже больных детей, а также возвращение в приют младенцев, отданных на вскармливание, в случае их болезни – не позволяли добиться дальнейшего снижения страшных цифр статистики.

В 1900-х гг. Саратовским сиротским приютом стал заведовать Б.П. Бруханский – известный педиатр, имевший опыт работы в лучших клиниках Европы, ученик Н.Ф. Филатова, основатель первой детской больницы в Сара-

тове (1901), автор ряда учебников по педиатрии (Боровко 2014: 37). Будучи заведующим приютом, Б.П. Бруханский вел научную работу по проблемам здоровья детей-сирот. В 1907 г. при финансовой поддержке Саратовского земства состоялась его заграничная научная командировка (Журнал ХLI очередного Саратовского губернского земского собрания 1907: 106).

Работа приюта осложнилась в годы Первой мировой войны. Тяжелая социально-экономическая ситуация способствовала росту числа брошенных детей, а также затрудняла усыновление (в 1915 г. из приюта было усыновлено лишь 17 детей). Кроме того, здоровье сирот, поступавших в приют, также значительно ухудшилось. Согласно данным «Книги для записи детей, поступающих в Саратовский земский сиротский приют» с мая по сентябрь 1914 г. поступило 907 детей. Из них 197 было отдано на воспитание в деревню (156 из них умерли), 100 умерло в приюте, 17 – было возвращено родителям, осталось в приюте 734 ребенка (Государственный архив Саратовской области 1915: 1001-1164). На 1 сентября 1914 г. на содержании земства состояло 1282 ребенка: в приюте – 103, в деревнях «на воспитании с пособием от земства» – 1068, «на воспитании без пособия» – 108, в других приютах – 1, в мастерских – 2. С 1 сентября 1914 по 29 марта 1915 г. принято 670 человек. Из них на попечение отдано 260 (из них умерло 159), умерло в приюте 364, возвращено родителям – 38 (Государственный архив Саратовской области 1915: 1165). По-прежнему в случае болезни дети от опекунов временно возвращались в приют, что отчасти определяло высокие показатели смертности. На протяжении войны число опекунов снижалось, что также влияло на концентрацию детей в приюте и их заболеваемость.

С 1 сентября 1914 по 1 сентября 1915 г. в приют поступило 1244 ребенка (в 1914 г. – 1029). Из этого числа 506 детей были доставлены из полицейских частей г. Саратова как подкидыши, 50 поступили из саратовских больниц, 25 были подкинута к приюту, 88 приняты явно и 575 доставлены из разных уездов губернии. Из числа поступивших детей в возрасте до 1 года – 1233, старше 1 года – 11. Наибольшее количество детей поступило из Царицына – 312, наименьшее из Кузнецка – 6 (Доклад и отчет по Саратовскому земскому сиротскому приюту 1916: 1-2).

В 1915 г. 46,2% сирот поступило из уездов (до войны – около 10%). По свидетельству Б.П. Бруханского, эта категория детей давала наибольший процент смертности, т.к. медицинская помощь своевременно не осуществлялась. Большинство подкидышей составляли новорожденные: в возрасте до 1 недели поступило 504 (из них умерло 367), 1-2 недели – 370 (238), 2-4 недели 158 (87), 1-3 месяца – 135 (75), 3-6 месяцев – 49 (16), 6-12 месяцев – 17 (2) (Доклад и отчет по Саратовскому земскому сиротскому приюту 1916: 11). Из всех поступивших детей 357 были определены врачом как здоровые, 876 – как истощенные и слабые.

Увеличение числа сирот способствовало переполнению приюта, с мая по сентябрь в 1915 г. часть детей пришлось размещать в бараках. В сентябре 1915 г. приют был отремонтирован и расширен, но и это не спасло положение: «надеясь, что от этого уменьшится заболеваемость и смертность детей едва ли возможно: количество детей, призываемое в приюте, так сильно увеличилось, что расширенное помещение недостаточно» (Доклад и отчет по Саратовскому земскому сиротскому приюту 1916: 5). Приют, рассчитанный на постоянное пребывание 50-60 детей, вмещал в 1915 г. 120-140 человек. Б.П. Бруханский писал, что в таких условиях для сирот «единственным спасением могли служить грудное вскармливание и наиболее быстрая их эвакуация из приюта в патронаж» (Доклад и отчет по Саратовскому земскому сиротскому приюту 1916: 7). Однако в условиях войны кормилиц не хватало, и 90% сирот состояли на искусственном вскармливании. В 1915 г. кормилицам было отдано всего 46 детей (из них умерло 3), на искусственном вскармливании находилось 464 детей (381), на смешанном – 643 (387), вскармливалося матерями – 80 (14). В целом смертность приютских детей в 1915 г. составила 60-75%, превысив средние показатели за последние 10 лет. Главной причиной смертности были «болезни питания» (желудочно-кишечные заболевания), а также инфекционные болезни: сифилис, грипп, дизентерия, болезни органов дыхания (бронхит, воспаление легких). Высокая смертность наблюдалась среди недоношенных (из 107 поступивших умерло 105). Данные о заболеваемости и смертности в приюте систематизировались и подвергались анализу. Сравнив статистику смертности детей в приюте и в патронажных семьях, Б.П. Бруханский сделал вывод о том, что скопление детей в приюте и невозможность обеспечить грудное вскармливание – главные факторы заболеваемости, и потому настаивал на расширении помещения приюта и повышения платы деревенским кормилицам. Для улучшения системы медико-социальной помощи сиротам он предложил следовать принципу сохранения детей при матерях путем выдачи им материального пособия. Он также предложил «брать на призрение» не только внебрачных детей, но и детей, рожденных в браке, и их матерей – в случае необходимости материальной поддержки (Петров, Киценко 2017: 100).

Уровень медицины рубежа XIX-XX вв. не позволял земским медикам кардинальным образом решить проблему высокой заболеваемости и смертности среди детей, оставшихся без родителей. Однако опыт земства в сфере призрения и медицинской помощи детям-сиротам демонстрирует смелые и прогрессивные инициативы земских врачей. Передача заботы о сиротах местному самоуправлению, учреждение обязательного медицинского наблюдения за воспитанниками и кормилицами, обеспечение грудного вскармливания, а также вполне современная идея поддержки матерей вместе с детьми – все эти принципы медико-социальной помощи были предложены и отчасти реализо-

ваны земскими врачами. Эта сторона земской деятельности (также как и борьба с эпидемиями, и санитарное просвещение) еще раз иллюстрирует тесную связь проблем здравоохранения с социальными вопросами.

Литература

1. Боровко Н.А. Становление и развитие стационарной медицинской помощи детям в Саратовской губернии в начале XX века // История медицины в собраниях архивов, библиотек и музеев. Волгоград: ВолгГМУ, 2014. С.36-39.
2. Государственный архив Саратовской области (ГАСО). Ф.288. Оп.1. Д.1. Книга для записи детей, поступающих в Саратовский земский сиротский приют с 13.05.1914 по 7.04.1915.
3. Губернские съезды и совещания земских врачей и представителей земских управ Саратовской губернии в 1876-1894 гг. (Свод постановлений). Саратов: Типография губернского земства, 1903. 88 с.
4. Доклад и отчет по Саратовскому земскому сиротскому приюту с 1 сентября 1914 по 1 сентября 1915 г. Саратов: Типография губернского земства, 1916. 22 с.
5. Журнал XLI очередного Саратовского губернского земского собрания 1-16 декабря 1906 г. Саратов: Типография губернского земства, 1907. 548 с.
6. Земско-медицинский сборник. Материалы по изучению земской медицины в России за первое 25-летие (1865-1890). В 3-х т. Т. 3. М., 1894.
7. Петров А.В., Киценко О.С. Земская санитарная статистика в конце XIX – начале XX вв. (на материалах Саратовской губернии) // История науки и техники. 2017. № 5. С. 91-102.
8. Саратовский санитарный обзор. 1891. № № 4-14.
9. Систематический сборник постановлений Саратовского губернского земства (1866-1882). Саратов: Типография губернского земства, 1884. 1130 с.

МЕДИЦИНСКАЯ ПЕРИОДИКА РУБЕЖА XIX-XX ВЕКОВ О ВРАЧЕВАНИИ В МОСКОВСКОМ ГОСУДАРСТВЕ

Р.Н. Киценко

Волгоградский государственный медицинский университет

MEDICAL PERIODICALS OF THE LATE XIX – BEGINNING XX CENTURY ABOUT MEDICINE IN THE ANCIENT RUSSIAN STATE

R.N. Kitsenko

Volgograd state medical university

Аннотация: в статье анализируются причины обращения историков и врачей на рубеже XIX-XX вв. к вопросам древнерусской медицины. Рассмотрены проблемы, вызывавшие исследовательский интерес в этот период.

Ключевые слова: народная медицина, Московское государство, суеверия, чародейство, придворная медицина.

Abstract: The article analyzes the reasons for the interest of historians and doctors at the turn of the XIX-XX centuries to questions of ancient Russian medicine. The problems that caused the research interest during this period are considered.

Key words: folk medicine, Moscow State, superstition, sorcery, court medicine

Интерес к истории древнерусского врачевания приобрел особую актуальность во второй половине XIX века в связи с развитием земской медицины. Представляя научную медицину, земские врачи, выпускники медицинских факультетов университетов, в своей повседневной практике сталкивались с народными поверьями о происхождении болезней и способах исцеления. Изучение истории древнерусской медицины приобрело в этот период практическое значение: чтобы успешно бороться с суевериями и предрассудками (а иногда и для того, чтобы понять язык пациента) земским врачам требовались определенные знания. Сведения о народной медицине, мало изменившейся в течение столетий, представляли интерес для практикующих врачей, исследования о ней публиковались в медицинской периодической печати. Исследователи рубежа XIX-XX сконцентрировали внимание на источниках периода XVI-XVII вв., когда в Московском государстве распространилось книгопечатание, светская литература, в т.ч. травники и лечебники. Кроме того, в этот период получила развитие придворная медицина, а политические интриги и борьба за трон способствовали особому спросу на зелейников и чародеев. Таким образом, именно этот период давал наиболее обширный пласт сведений о народной медицине.

Среди медиков-практиков, исследовавших древнерусское врачевание: Н.Ю. Кумберг, участник Пироговских съездов, автор ряда публикаций по вопросам клинической практики; М.Ю. Лахтин – врач-психиатр, профессор, один из первых российских историков медицины, приват-доцент кафедры истории медицины Московского государственного университета; Л.Б. Вейнберг – фармацевт и одновременно историк-краевед. Также на страницах российских медицинских журналов публиковались работы историков, архивистов и этнографов, посвященных врачеванию в Московском государстве.

В первую очередь исследователей интересовали представления о происхождении болезней. По словам М.Ю. Лахтина: «этиология была наиболее слабым местом в древнерусской медицине» (Лахтин 1904: 362). Наиболее частой причиной болезней в Московской Руси, (как и в народных представлениях рубежа XIX-XX столетий) считалась т.н. «порча». Примечательно, что даже в конце XIX века в волостные суды поступали жалобы от крестьян на «порчу», наведенную тем или иным знахарем. Проявлением «порчи» считались истерические припадки («кликуши»), а также половое бессилие,

язвы и опухоли на теле («килы») (Балов 1896: 477). Исследуя веру в «порчу» в XVII столетии, А. Балов отмечал распространенность ее «от царских палат до хижины бедняка», а в качестве примера приводил сыскное дело 1642-43 гг. о намерении «испортить» царицу Евдокию Лукьяновну – вторую супругу царя Михаила Федоровича и мать будущего царя Алексея Михайловича. Подозреваемый в колдовстве некий Афонька Науменок обвинялся в том, что хотел государыню «уморить до смерти», добавляя ей в питье яд растения «целебоки» (чилибухи – тропического растения, семена которого содержали стрихнин) (Балов 1896: 478). Примечательно, что используемый в современной медицине термин «отравление» происходит от слова «трава», т.е. смертоносное растительное средство, найденное или «наговоренное» волшебником-чародеем. «Порче» приписывалось отравление Марии Нагой – невесты Михаила Федоровича Романова, а также смерть его первой жены Марии Долгорукой. Понятие «порчи» чаще всего связывалось с нервными болезнями, психическими расстройствами, а также с женскими болезнями, бесплодием.

Болезни, преследовавшие великокняжеское семейство в XV-XVII вв., а также методы народной медицины, применявшиеся для их излечения, исследовались Н.Ю. Кумбергом. Серия его статей «Медицина в старой (допетровской) Руси» была опубликована во «Врачебной газете» в 1909 г. Анализируя древнерусскую литературу, автор выявил основные распространенные в народе поверья о происхождении болезней: «чародейство», «порча», «одержимость бесами», «дьявольский навет» и «испуг». В частности, «испуг» упоминался при описании болезни Марии Милославской, супруги Алексея Михайловича, которая «лежала больная больше года от испуга после коломенского бунта в 1662 г.» (Кумберг 1909: 1147). Чародеям приписывалось умение «пустить болезнь по ветру», вера в которое усилилась в начале XVII в., когда было признано царём Василием Шуйским. Так, в Перми в 1606 г. подвергся пыткам крестьянин, который якобы «напускал на людей икоту» (Кумберг 1909: 1148).

Чародейство как способ вызвать болезнь часто приписывалось иноземцам, особенно в случае военного конфликта. В 1632 г. царь Алексей Михайлович предупреждал псковских воевод, что, по сведениям лазутчиков, «в литовских городах баба-ведунья наговаривает на хмель, который из Литвы возят в наши города, чтобы этим хмелем на людей навести моровое повetrie». Хмель в Литве было запрещено покупать под страхом смертной казни. А в 1635 г. уже самого царя приближенные предостерегали от «насылочного дурна» в грамотах и подарках турецкого султана (Кумберг 1909: 1150).

Медиков XIX века интересовала и «номенклатура» болезней, имевшая хождение в Московском государстве: многие названия сохранились в народе до начала XX в. и упоминались крестьянами на врачебных приемах.

Н.Ю. Кумберг выявил такие расхожие термины как «падучая» (эпилепсия), «телесная юность» (инфантилизм), «сухотка» (сифилитическое поражение спинного мозга). Часто упоминалась «кила» (грыжа, опухоль).

Среди методов лечения и лекарственных средств, применявшихся в Московской Руси, Н.Ю. Кумберг обнаружил «безуй камень» (безоаровый камень), «зажигание трута в разных частях тела» (моксатерапия), индроговый песок (измельченный бивень нарвала), зверобой, квасцы, чечуй-трава (горец), чилибуху («рвотные орешки»). И.И. Любименко нашла сведения об употреблении опиума, ревеня, аниса, александрийского листа (сенны александрийской). Лекарственные средства упоминались обычно в связи с врачеванием известных персон: царя и его приближенных, священнослужителей. Так, при описании болезни патриарха Никона упоминался ряд лекарственных средств, которые он вначале принимал сам, а затем стал лечить ими своих прихожан. «Мы видим в нем первого русского эмпирика, врача-самоучку» – отмечал Н.Ю. Кумберг (Кумберг 1909: 1152). Исследованием лекарственных растений, применявшихся в XVI-XVII вв. занимался Л.Б. Вейнберг. Будучи фармацевтом, он изучал описания внешнего строения растений в древнерусских травниках итаким образом пытался соотнести старинные названия трав с ботанической номенклатурой конца XIX в. Среди лекарственных средств, которые ему удалось «опознать»: чабрец, листовничная губка (трут лекарственный), майник, ужомник, золотарник (золотая розга), розмарин, чертополох, таволга («земляные орешки»), табак, василек, душица, лапчатка прямостоячая (калган), ястребиночка обыкновенная (Вейнберг 1888).

Мистические лекарственные средства обнаружила И.И. Любименко: порошок из зайцев от каменной болезни, волчья кожа и сердце волка – от искривления матки. Мистическое происхождение и чудодейственные целебные свойства приписывались безоаровому камню и индрогу. Для царской аптеки в XVII в. их покупали за границей за огромные деньги. По словам И.И. Любименко, врачебная терапия Московской Руси представляла собой «пеструю смесь методов и лекарств вполне целесообразных, употребление которых сохранилось до наших дней, со средствами совершенно фантастическими» (Любименко 1917: 18).

Особая роль в целительской практике отводилась вину и другим спирто-содержащим жидкостям. М.Ю. Лахтин приводит в качестве примера указы Михаила Федоровича Романова, которые наглядно иллюстрируют, насколько велика была вера в целебные свойства вина: «...ратным людям... давать государево запасное вино, смотря по службе и по ранам, да и больным всяких чинов служилым людям вино давати же» (Лахтин 1904: 360). Впоследствии, в петровскую эпоху, эти представления не утратили популярности. В официальном донесении генерал-майора Гинтера генерал-фельдцейхмейстеру Брюсу говорилось: «... а без вина и без пива лекарство хотя и давать, а в том

пользы мало бывает, а лекарству только трата» (Лахтин, 1904: 360). Вино служило также основой различных лекарственных настоек. Так для борьбы с цингой, свирепствовавшей в Астрахани в 1672 г., по указанию Аптекарского приказа производилось 300 «ведер сосновых вершин, намоча в вине» (Лахтин 1904: 360).

Помимо вина и уксуса, расхожим лекарственным средством был экзотический в то время перец. Грамота, посланная из Ольшанского острога в Москву в 1664 г. от детей боярских, стрельцов и казаков, содержала многочисленные жалобы на плохое здоровье и высокую смертность, в частности, из-за отсутствия перца: «... изымают скорби и болезни от полевых ветров великия, и от тех скорбей многие помирают... жить становится не в силу» (Лахтин, 1904: 361).

Уже в допетровское время арсенал лечебных средств дополнился кровопусканием. Основанное на гуморальной теории, известной с античных времен, кровопускание широко практиковалось европейскими врачами, приезжавшими на российскую службу. Однако данная процедура была доступна лишь представителям привилегированных сословий, в народе распространения не получила – в силу сложности и дороговизны. М.Ю. Лахтин указывал, что процедура кровопускания была достаточно рискованной, но вместе с тем и хорошо оплачиваемой: «в 1641 г. доктор Собелис «открывал кровь» царю Михаилу Федоровичу, за что ему было пожаловано 10 арш. кизилбашского бархата, 10 арш. камки и 10 соболей... В 1662 год лекарю Симону Заммеру были пожалованы две пары соболей по пяти рублей каждая «для того, что отворил жильную (кровь) комнатным и иным людям»» (Лахтин 1904: 361). Как правило, кровопускание производили в бане, о количестве выпускаемой крови свидетельствует эпизод лечения царя Михаила Федоровича в 1643 г., когда ему было выпущено три четверти фунта (примерно 300 граммов – авт.) «руды». Дороговизна процедуры кровопускания обусловила серьезную конкуренцию среди врачей и лекарей, а также их стремление не допустить к ней знахарей из народа. В своде рекомендаций по кровопусканию XVII века, исследованном М.Ю. Лахтиным, излагались необходимые условия для проведения этой процедуры. Определяющее значение имело «положение небесных светил», состояние же больного считалось второстепенным. Указывалось, что не признавать эти правила могут только «бабища чародеи» и «худые неискусники» (Лахтин 1904: 361). Таким образом врачи и лекари пытались выиграть борьбу за пациента, не допуская к кровопусканию неграмотных самоучек-знахарей, естественно, ничего не сведущих в положении светил.

Проникновение в Московское государство в XVII в. европейской научной медицины, статус иноземных докторов при московских государях исследовала историк и архивист И.И. Любименко. Ею обнаружены и первые

диетические предписания, проникшие в придворную среду благодаря врачам-иностранцам. Так, царю Михаилу Федоровичу после кровопускания было предписано «редьки и хрену не есть... не пить вина горячева» (Любименко 1917: 23). Диетические предписания при назначении лекарств были очень подробными: «пить лекарство во вторник по утру за четыре часа перед кушанием, и в тот во весь день не опочивать и на ветер не выходить, кушать курицу в ухе без лука, а баранины жареной не много, а опричь тех яств, иных никаких яств не кушать, а пиво легкое да ренское, а вино да меду да квасу да брагии иных никаких питей не кушать» (Любименко 1917: 23). Однако в народную среду иностранные диетические правила и лечебные процедуры почти не проникали. Здесь по-прежнему господствовали методы и средства народной медицины, порой вызывавшие ужас у иностранцев. Француз капитан Маржерет писал: «если русский человек чувствует себя больным, он выпивает хорошую чарку вина, всыпав в нее предварительно заряд ружейного пороха или смешивая напиток с толченым чесноком, и немедленно затем идет в баню, где в нестерпимый жар потеет часа 2 – 3» (Любименко 1917:26).

Исследователями конца XIX – начала XX вв. были обозначены и освещены основные вопросы, касающиеся врачевания в Московском государстве: взгляды на причины болезней, названия и «клиническая картина» болезней, лекарственные средства и методы лечения. Публикация этих материалов в медицинской периодической печати позволяла широкому кругу медицинской общественности получить представления об истоках народной медицины, ее особенностях. В то же время обращение к вопросам истории медицины было закономерным этапом развития научной медицины в России и становления высшего медицинского образования, в котором именно в этот период появляется учебная дисциплина «история медицины».

Литература:

1. Балов А. Верования в «порчу» в XVII в. (к истории народной медицины) // Ежемесячник журнала «Практическая медицина». 1896. № 33. С. 477-478.
2. Вейнберг Л.Б. К истории народной медицины (по поводу одного старинного травника) // Медицинская беседа. 1888. С. 232-235, 291-292, 313-314.
3. Кумберг Н.Ю. Медицина в старой (до-Петровской) Руси // Врачебная газета. 1909. № 39. С.1147 – 1153.
4. Лахтин М. Как диагностировались и лечились болезни в Московском государстве. // Хирургия. 1904. С. 356-366.
5. Любименко И. Врачебное и лекарственное дело в Московском государстве // Русский исторический журнал. 1917. Кн. 3-4. С. 1-36.

ДОКТОР ЧЕХОВ В БЛАГОВЕЩЕНСКЕ

В.П. Кобзарь, С.С. Целуйко

Амурская государственная медицинская академия

DR. CHEKHOV IN BLAGOVESHCHENSK

V.P. Kobzar, S.S. Tseluyko

Amur State Medical Academy

Аннотация: в статье рассказывается в пребывании доктора, великого русского писателя и драматурга А.П. Чехова в Благовещенске. Здесь он останавливался 26–27 июня 1890 года по пути на Сахалин. Результатом путешествия в 30 000 километров, которое длилось восемь месяцев, стала книга «Остров Сахалин». Отдельным изданием она вышла в 1895 году.

Ключевые слова: А.П. Чехов, «Остров Сахалин», Благовещенск.

Abstract: The article presents the story of the visit of the doctor, the great Russian writer and playwright A.P. Chekhov to Blagoveshchensk. Here he stayed on the 26–27 of June, 1890 on the way to Sakhalin. The result of travel in 30 000 kilometers, which lasted eight months, was the book «The Island of Sakhalin». As a separate edition it was published in 1895.

Key words: A.P. Chekhov, «The Island of Sakhalin», Blagoveshchensk.

Молодого выпускника Ленинградской военно-медицинской академии Бориса Лищинского (Лищинский, 1989) направили служить в гарнизон на севере Приморья. И сегодня это таежная глушь, а в 1947 году – просто край света. Тем более после Ленинграда. Мрак, тоска, впору запить. А Лищинский стал запоем читать Чехова. И именно у него нашел поддержку. «Профессия врача – это подвиг. Она требует самоотвержения, чистоты души и чистоты помыслов». Чехов так думал, писал и жил по этому принципу.

Оказавшись вдали от «цивилизации», в маленьком таежном гарнизоне, Лищинский осознал себя таким же доктором, каким был Чехов – земским. Он не сбежал, не спился. Работал, защитил кандидатскую, затем много лет преподавал во Владивостокском мединституте. Одновременно он собирал материал о странствовании Чехова на Сахалин. Результатом этой работы стала книга «Путешествие с Чеховым», изданная во Владивостоке в 1989 году. В ней, в частности, приводятся подробности пребывания писателя во Владивостоке. По пути на Сахалин Чехов останавливался и в Благовещенске.

...Весной 1890 года доктор, имеющий практику в Москве, одновременно уже известный писатель и драматург Антон Чехов собрался на Сахалин, чтобы написать научную книгу об острове и о каторге, которая там находилась. Он тщательно подготовился к поездке: три месяца читал книги и статьи по географии, геологии, метеорологии, тюрьмоведению.

Когда писатель приехал на Сахалин, чтобы собрать как можно больше сведений, и чтобы они были как можно более достоверными, он решил провести перепись населения (на Сахалине тогда проживало около 12 000 человек) (колл-в авторов, 2005). Антон Павлович составил анкету из тринадцати вопросов, отпечатал ее тираж в местной типографии и за три месяца заполнил 10 000 карточек. Это не миф: около 8000 карточек сохранились до нашего времени. Объем проделанной работы кажется невообразимым, но для Чехова такая нагрузка была нормой. «Я объездил все поселения, заходил во все избы... Вставал каждый день в пять часов утра, ложился поздно и все дни был в сильном напряжении от мысли, что мною многое еще не сделано», – писал он с Сахалина знакомому (Чехов, 1974-1983) (здесь и далее цитаты из писем А.П. Чехова приводятся по источнику 12). Из 65 поселений, обозначенных на карте Сахалина 1890 года, Чехов описал и упомянул 54, а посетил 39 (электронный ресурс <http://sakhalin-chekhov.ru>, 2017).

Цель грандиозного путешествия и предстоящей работы ясна – написать книгу. А причины поездки? Почему столичный писатель отправился на край света к каторжанам? Сам Чехов отшучивался: «Еду за пустяками». Исследователи его жизни и творчества выдвигают несколько причин, которые подтолкнули к дальнему путешествию. Чехов уже знает, что неизлечимо болен (туберкулез легких), и спешит сделать что-то серьезное; он очень любит путешествовать, а в конце 1889 года появились для этого деньги; он недоволен своим творчеством и надеется в путешествии обогатиться новыми впечатлениями. Главная причина нетривиального поступка, вероятнее всего, в том, что у Чехова было непреодолимое чувство долга: кто, если не я, расскажет обществу о несчастных каторжанам?

За восемь месяцев Чехов преодолел более 30 000 километров: это почти кругосветное путешествие. От Москвы до Екатеринбурга он ехал на пароходах и поездах, до Сретенска – 4000 км на лошадях и пешком, от Сретенска – до Сахалина, потом до Одессы – на пароходах, от черноморского порта до Москвы его доставил скорый поезд.

Самый трудный участок пути – по Сибири. Весна была затяжная: весь май Чехов ехал в тулупе и валенка: «Знаете, что такое сырые валенки? Это сапоги из студня». Он «голодал, как собака», «полоскался в грязи», чуть не погиб в ДТП, несколько раз едва не утонул, его ели клопы и донимали попутчики. Но при этом в пути он чувствовал себя прекрасно: давно известно, что дорога лечит.

Через два месяца после прощаний в Москве Чехов прибыл в Сретенск. Здесь он сел на пароход «Ермак» и поплыл по Шилке, затем по Амуру. Тепло, комфортно, кормят по расписанию, Верхний Амур невероятно красив. «Я в Амур влюблен! Был бы миллионером, имел бы на Амуре пароход! Вот бы где дачу нанять!» – пишет Чехов родным.

И люди здесь необычные: «Какие странные разговоры! Только и говорят о золоте, о приисках, о Добровольном флоте, об Японии... Народ все больше независимый, самостоятельный и с логикой»; «Люди на Амуре оригинальные, жизнь интересная, не похожая на нашу». Конечно, не похожа! Один штрих, для примера. «Амурские крестьяне живут помещиками: засевают большие площади земли, ведут большое хозяйство при помощи американских усовершенствованных сельскохозяйственных орудий», – отмечает один из чиновников того времени в официальном отчете (колл-в авторов, 2005). Не удивительно, что Чехова поражают реалии жизни на Амуре.

26 июня (здесь и далее даты даны по старому стилю) пароход «Ермак» прибыл в Благовещенск. В 1890 году это самый большой город Дальнего Востока: около 20000 населения (в Хабаровке около 14000, во Владивостоке – около 7000 жителей) (Кириллов, 1894). Благовещенск – крупный транспортный узел, «столица» золотоносного региона, главный на огромной территории торговый центр (торгуют с западной Россией и Европой, Китаем, Японией, Америкой), здесь уже хорошо развита индустрия гостеприимства: в городе рестораны, гостиницы, большие магазины.

Однажды, еще до поездки на Сахалин, Чехова спросили, о чем он мечтает. Он ответил: «Удрать из Москвы подальше и ничего не делать». Мечта сбылась именно в нашем городе: 8000 км достаточно далеко и в Благовещенске по меркам Антона Павловича он ничего не делал!

Первым делом он отправился в почтово-телеграфную контору, которая находилась на территории сегодняшнего городского парка. Здесь Чехов получил телеграмму от А.С. Суворина. Тот сообщал, что у родных Антона Павловича все хорошо. Об этом же телеграфировали в пути Чехову и другие знакомые. Только семья молчала. Уезжая на Сахалин, он позаботился о том, чтобы родные ни в чем не нуждались и не меняли привычного образа жизни. В отсутствие Антона родители снимают дачу, брат и сестра путешествуют...

Семья жила за счет «брата Антона». При этом родные «не замечали», как много он работает и насколько серьезно болен – делать вид, что все нормально, удобнее. Некоторые поступки родных поражают жестокостью. Зимой 1902 года сестра и мать Чехова уехали из Ялты в Москву. Увезли с собой кухарку. «Предполагается, что я буду обедать в городе», – пишет Антон Павлович знакомому. При этом у него плеврит, кровохарканье, геморрой, катар кишечника, в доме 11 градусов тепла (!), а до центра города, где можно пообедать, двадцать минут пешком! Чехов не жаловался и не ворчал, только иногда в письмах к знакомым обрисовывал ситуацию, при этом просил ничего не говорить родным.

Но вернемся в счастливый 1890 год: Антону Павловичу 30 лет, он еще почти здоров, и он в Благовещенске. Отсюда он пишет знакомому: «Купаюсь

в Амуре!» (городская купальня находилась на берегу Амура, там, где сейчас стоит ротонда). Чехов очень любил купаться. Однажды с яхты в открытом море прыгнул. Этот случай он вспомнил, когда в раскисших валенках пробирался по залитым Иртышом лугам: «Едем, едем, и вот перед очами моими расстилается громадное озеро, на котором кое-где пятнами проглядывает земля и торчат кустики – это залитые луга. Вдали тянется крутой берег Иртыша; на нем белеет снег.. Начинаем ехать по озеру. Вернуться бы назад, да мешает упрямство и берет какой-то непонятный задор, тот самый задор, который заставил меня купаться среди Черного моря, с яхты, и который побуждал меня делать немало глупостей... Должно быть, психоз».

А из Благовещенска Чехов пишет: «Обедать и беседовать с золотыми контрабандистами! Это ли не интересно!». Контрабандисты знакомы писателю по родному Таганрогу – портовому городу на берегу Азовского моря. Конечно, ему любопытно пообщаться и с амурскими флибустьерами. Они в самом деле «золотые»: золота уносили за Амур много – там оно стоило в два раза дороже.

Где обедал Чехов и его новые знакомые? Скорее всего в самом шикарном на тот момент здании Благовещенска – в общественном собрании, построенном в 1889 году. Сегодня здесь размещается Амурский областной театр драмы.

Начиная с Иркутска, Чехов приглядывается к китайцам – для жителя Европейской России желтолицые мужчины с длинными косами в диковинку, а в Благовещенске их несколько тысяч. «Одного китайца я позвал в буфет, чтобы угостить водкой, сообщает в письме Чехов. – Он пил мелкими глоточками и всем кланялся, а потом дал мне китайских монет. Очень вежливый народ». Эта встреча проходила, очевидно, в заведении попроще, чем общественное собрание, куда пускали не только «чистую публику».

После Сахалина Антон Павлович планировал побывать в Японии и не ожидал, что японцев встретит намного раньше, в Благовещенске: в 1890 году в городе проживало около 200 японских подданных. Они держали фотоателье, часовые мастерские, лечили зубы. Женщины оказывали интимные услуги. Чехов посетил одну из жриц и остался доволен. «Японки – это маленькие брюнетки с большой мудреной прической, с красивым туловищем и, как мне показалось, с короткими бедрами. Одеваются красиво», – в одном из писем Чехов описал мимолетную встречу довольно подробно, поэтому в собраниях сочинений это его послание публикуется с купюрами.

И еще в Благовещенске Чехов лечил мальчика. В 1884 году он окончил медицинский факультет Московского университета (сейчас – Первый МГМУ им. И.М. Сеченова). «Вообще о факультетах имел тогда слабое понятие, – вспоминает Чехов через 20 лет, – и выбрал медицинский факультет – не помню, по каким соображениям, но в выборе потом не раскаялся».

Несмотря на рано обнаружившийся талант писателя, он оставался прилежным студентом: аккуратно посещал лекции и практические занятия в аудиториях, лабораториях и клиниках, экзамены сдавал добросовестно, переходя аккуратно с курса на курс. О его отношениях к занятиям и студенческим обязанностям свидетельствует образцово составленная на V курсе кураторская (обязательная зачетная) история болезни пациента нервной клиники. За все время учебы в университете Чехов получил только две тройки.

Преподавателями студентов-медиков были К.А. Тимирязев, А.П. Богданов, А.Н. Бабухин, Н.А. Склифосовский, А. Я. Кожевников, Г. А. Захарьин, В.Ф. Снегирев, Ф.Ф. Эрисман, А.А. Остроумов.

Выпускаясь из университета, как и другие студенты за месяц Чехов сдал 6 экзаменов и 32 зачета! (электронный ресурс <http://sakhalin-chekhov.ru>, 2017). Получил диплом земского доктора. Ему 24 года. Годом раньше он пишет брату Александру: «Умею врачевать и не верю себе, что умею... Не найдешь, любезный, ни одной болезни, которую я не взялся бы лечить». А через три года в письме знакомому настроение уже иное: «В Москве свирепствует тиф (сыпной), унесший в самое короткое время шесть человек из моего выпуска. Боюсь! Ничего не боюсь, а этого тифа боюсь...». Быть врачом в XIX веке было весьма опасно.

Вернемся в Благовещенск 1890 года. В Сибири и на Дальнем Востоке даже сегодня не хватает врачей, а в те времена их были единицы. Хотя в 1890 году в Благовещенске уже действовало лечебно-благотворительное общество, а при нем аптека, больничка и богадельня, видимо, проще было попасть на прием к какому-нибудь проезжающему доктору. Вот и к «Ермаку» подходили, и Антона Павловича попросили о помощи. «...Вчера лечил мальчика и отказался от 6 рублей (по скромным подсчетам примерно 900 современных рублей – прим. авт.), которые маменька совала мне в руку. Жалею, что отказался». А несколькими днями раньше, «в местечке Рейнове⁶ «пригласил меня к больной жене некий золотопромышленник. Когда я уходил от него, он сунул мне в руку пачку ассигнаций. Мне стало стыдно, я начал отказываться и сунул деньги назад, говоря, что я сам очень богат; разговаривали долго, убеждая друг друга, и все-таки, в конце концов, у меня в руке осталось 15 рублей».

Даже то, что осталось от пачечки золотопромышленника, ни в какое сравнение не идет с вознаграждениями, которые получал Чехов в Москве и Подмоскovie, где практиковал. «Знакомых у меня очень много, а стало быть, немало и больных. Половину приходится лечить даром, другая же половина платит мне пяти – и трехрублевки. (В Москве врачам не платят менее трех рублей за визит)»; «На днях один пациент поднес мне в знак благодарности 10 сигар ценою в 5 руб. и рюмку с надписью: «Его же и монаси приемлют».

Но случались подношения серьезнее: «Сосед подарил породистую свинку в благодарность за то, что я лечил его супругу... А перчаточник за лечение преподнес мне полдюжины перчаток для Маши».

По пути через Сибирь Чехов оказывал помощь всем, кто в ней нуждался, и ни в одном письме он не упоминает о том, что ему предлагали какую-то плату (он ее и не требовал). А на Амуре платили щедро и наличными.

И еще немного о Чехове-докторе. За оплатой своего литературного и драматического творчества Антон Павлович следил скрупулезно и был настойчив, требуя заработанное, а в медицине действовал больше как благотворитель, особенно после поездки на Сахалин... В подмосковной деревне Мелихово, где в 1892 году Чехов купил себе имение, он организовал амбулаторию. Ежедневно с 5 до 9 часов утра принимал здесь больных. Крестьян он и лекарствами снабжал за свой счет (Громов, 1989).

В том же 1892 году в нескольких западных губерниях России случилась эпидемия холеры. Чехов работал санитарным врачом от земства: на его участке было 25 деревень, четыре фабрики и монастырь. Он принимал больных, строил холерные бараки, собирал средства для борьбы с эпидемией. «За это лето я так насобачился лечить поносы, рвоты и всякие холерины, что даже сам прихожу в восторг: утром начну, а к вечеру уж готово – больной жрать просит. Толстой вот величает нас мерзавцами, а я положительно убежден, что без нашего брата пришлось бы круто. В 30 верстах от меня заболело холерой 16 человек и умерло только 4, т. е. 25%. Такой малый процент я объясняю прямо-таки тем, что дело не обошлось без вмешательства моих коллег Петра Иваныча и Ивана Корниловича, с которыми, кстати сказать, 29-го я буду обедать. Даем торжественный обед серпуховскому доктору и его жене, которые летом, во время санитарных советов, кормили нас обедами»; «Написал в управу медицинский отчет... Отчет не полный, так как в прошлом году (1892 г. – прим. авт.) у меня было больше тысячи больных, а я успел зарегистрировать только 600».

При этом за семь лет жизни в Мелихово (1892–1899) Чехов написал 42 произведения, в том числе повести и рассказы «Палата № 6», «Черный монах», «Скрипка Ротшильда», «Студент», «Учитель словесности», «Анна на шее», «Дом с мезонином», «Человек в футляре», «О любви», пьесы «Чайка», «Дядя Ваня» и другие.

И еще штрих к характеру. В 1900 году Антона Павловича избрали почетным академиком императорской Академии наук (через два года, в знак протеста против исключения из числа академиков А.М. Горького, Чехов откажется от этого звания). В 1902 году, оформляя паспорт для поездки в Европу (по тогдашним правилам данные жены записывались не в отдельном паспорте, а в паспорте мужа), Чехов написал Книппер: «Хотел я сначала написать тебя женою «почетного академика», но решил, что быть женою

лекаря куда приятнее». Над женой он подшучивал, но в действительности званием земского доктора дорожил больше, чем академическим.

Пожалуй, никто из литераторов не писал о докторах с таким знанием дела и так проникновенно, как Антон Павлович. «Сегодня вместе с рассказом я послал Вам одно письмо, а вот Вам другое в ответ на Ваше, только что полученное, – пишет Чехов А.С. Суворину. – Говоря о Николае (лакей Суворина, умер от заворота кишок – прим. авт.) и лечившем его докторе, Вы упираете на то, что «все это делается без любви, без самопожертвования даже относительно своих маленьких удобств». Вы правы, говоря это вообще о людях, но что прикажете делать врачам? Что, если в самом деле, как говорит ваша няня, «кишка лопнула», то что тут поделаешь, даже если захочешь жизнь свою отдать больному? Обыкновенно, когда домашние, родные и прислуга принимают «все меры» и из кожи лезут вон, доктор сидит и глядит дураком, опустив руки, уныло стыдясь за себя и за свою науку и стараясь сохранить наружное спокойствие... У врачей бывают отвратительные дни и часы, не дай бог никому этого. Среди врачей, правда, не редкость невежды и хамы, как и среди писателей, инженеров, вообще людей, но те отвратительные часы и дни, о которых я говорю, бывают только у врачей, и за сие, говоря по совести, многое простить должно». Эти горестные слова, актуальные и сегодня, увы...

И еще несколько слов и об отношении Чехова к своей болезни по свидетельству его однокурсника и близкого друга Г.И. Россолимо. «Как известно, он более десяти лет страдал туберкулезом легких, позднее поразившим и его кишечник; известно также, что туберкулезные больные крайне оптимистически относятся к своей болезни, то игнорируя симптомы ее, то стараясь объяснить явление чем-либо иным, но не туберкулезом, и нередко даже накануне смерти считают себя совершенно здоровыми. Чехов, образованный врач, крайне чуткий человек, обладавший способностью глубокого анализа и самоанализа, хотя не отрицал существования болезни, но относился к ней крайне легкомысленно, чтобы не сказать больше, и различные проявления ее старался объяснить по-своему. Так, например, в письме от 30/IX 1900 года, когда речь шла, по-видимому, об обострении легочного процесса, он мне пишет: «Здоровье мое сносно, было что-то вроде инфлуэнцы, а теперь ничего, остался только кашель, небольшой».

Еще более разительно то место его письма, – написанного мне за три дня до смерти (28/VI 1904), – где он жалуется на свои страдания, заставляющие его мечтать о морском путешествии обратно в Россию Средиземным и Черным морем... «У меня все дни была повышена температура, а сегодня все благополучно, чувствую себя здоровым, особенно когда не хожу, т. е. не чувствую одышки. Одышка тяжелая, просто хоть караул кричи, даже минутами падаю духом. Потерял я всего 15 фунтов весу. Здесь жара невыносимая, про-

сто хоть караул кричи, а летнего платья у меня нет, точно в Швецию приехал. Говорят, везде очень жарко, по крайней мере на юге...».

Тут и одышка, и ощущения, сопровождающие повышенную температуру, и слабость, а между тем оценка состояния неверная, раз он, расставшийся с жизнью, в чем для окружающих не могло уже быть никакого сомнения, готовился к долгой поездке морем, чтобы вернуться в Ялту...

По многочисленным отзывам современников, если бы Чехов не был таким замечательным писателем, он был бы прекрасным врачом: он был чрезвычайно вдумчивым наблюдателем, находчивым, проницательным диагностом...

С Благовещенском Чехов распрощался 27 июня, отправившись в дальнейший путь по Амуру на пароходе «Граф Муравьев-Амурский».

В память о пребывании Антона Павловича в Благовещенске на здании бывших торговых рядов «Мавритания» установлена мемориальная доска. Изображение на ней скопировано с портрета А.П. Чехова, который в 1898 году написал Иосиф Браз.

Остановка в Благовещенске была короткой, но она оставила след в творчестве Антона Павловича: он упоминает наш город в нескольких письмах и в третьей главе знаменитой книги «Остров Сахалин». Над этим произведением Чехов работал пять лет. Она произвела невероятный общественный резонанс в конце XIX века, и сейчас читается на одном дыхании.

Доктор Б.Д. Лищинский проживает во Владивостоке. Ему больше 90 лет, он давно на заслуженном отдыхе. Как член Общества изучения Амурского края по-прежнему занимается краеведением.

Литература

1. Амурский календарь на 1902 год. Составитель Н.З. Голубцов. Благовещенск. 1902.
2. Быть может, пригодятся и мои цифры... Материалы сахалинской переписи А. П. Чехова. 1890 год. «Рубеж». Южно-Сахалинск. 2005.
3. Географическо-статистический словарь Амурской и Приморской областей с включением некоторых пунктов сопредельных с ними стран. Составил преподаватель Благовещенской мужской гимназии Александр Кириллов. Благовещенск. Типография т-ва Д.О. Мокин и Ко, 1894. 541 с.
4. Громов М.П. Книга о Чехове. М., Современник. 1989.
5. Деловой мир Приамурья (середина XIX-начало XX вв.) Благовещенск. ОАО «Амурская ярмарка». 2013. Т. 1. 550 с.
6. История Благовещенска 1856-1917. ОАО «Амурская ярмарка». Благовещенск. 2009. Т.2. 462 с.
7. Кларк Ф.Э. Великая сибирская дорога. Что я увидел во время поездки. Владивосток. «Валентин». 2016. 218 с.
8. Лищинский Б.Д. Путешествие с Чеховым. Дальневосточное книжное издательство. Владивосток, 1989. 120 с.
9. Справочная книжка Амурской области на 1890 год. Составил А.И. Соколов. Благовещенск. 218 с.

11. Холкина Т.А., Чаюн Л.А. Архитектурное наследие Благовещенска. Благовещенск. 2006. 112 с.

12. Чехов А. П. Полное собрание сочинений и писем: В 30 т. / АН СССР. Ин-т мировой лит. им. А. М. Горького. М.: Наука, 1974-1983. [Электронный ресурс]. URL <http://chehov.niv.ru/chehov/letters/1890-1892/letter-844.htm> (Дата обращения 13.02.2017)

13. Министерство культуры Сахалинской области. Чеховский Сахалин [Электронный ресурс] URL <http://sakhalin-chekhov.ru/> (Дата обращения 13.02.2017)

14. Энциклопедия литературной жизни Приамурья XIX-XXI веков. Благовещенск, 2013. 484 с.

РОЛЬ СЪЕЗДОВ ЗЕМСКИХ ВРАЧЕЙ В СТАНОВЛЕНИИ САНИТАРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ В ПЕНЗЕНСКОЙ ГУБЕРНИИ

Т.В. Лукьянова

Национальный исследовательский Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарева, Медицинский институт

THE ROLE OF THE CONGRESSES OF ZEMSTVO PHYSICIANS IN THE DEVELOPMENT OF SANITARY ORGANIZATION IN THE PENZA PROVINCE

T.V. Lukyanova

*National research Mordovia state University named N.P. Ogaryov,
Medical Institute*

Аннотация: статья посвящена выявлению роли съездов земских врачей в становлении санитарной организации в Пензенской губернии во второй половине XIX – начале XX веков.

Abstract: the article focuses on the role of the congresses of Zemstvo physicians in the development of sanitary organization in the Penza province in the second half of XIX – early XX centuries.

Ключевые слова: земская медицина, земские врачи, съезды земских врачей, санитарная организация, санитарный совет.

Key words: Zemstvo medicine, rural doctors, the congresses of Zemstvo physicians, health organization, health advice.

Заниматься санитарно-профилактической деятельностью земские врачи начали еще в период становления земской медицины, в 60–70-е годы, когда господствовала разъездная система медицинской помощи. Первоначально существовало мнение о необходимости поручить всю санитарную работу врачам земских больниц. Но у земских врачей много сил и времени уходило на борьбу с эпидемическими и социальными болезнями. Это была тяжелая ежедневная работа.

Динамику заболеваемости и смертности, ход их развития могло дать лишь непрерывное систематическое наблюдение в течение продолжительного времени. К сожалению, земства не везде поддерживали статистические исследования, а иногда, санитарно – профилактические идеи не находили поддержки и у земских врачей. Были среди них и такие, кто считал, что основные усилия надо направить на расширение сети лечебных учреждений, увеличение числа врачей, улучшение лечебной помощи населению.

Позднее стало ясно, что санитарной статистикой должны заняться специалисты – санитарные врачи.

В губерниях и уездах стали создаваться санитарные организации, которые включали в себя санитарные советы, санитарные бюро, санитарные попечительства.

Санитарный совет был органом и инстанцией земства. Возглавлял его, обычно, председатель губернской управы. Санитарный совет должен был курировать все вопросы земской врачебно-санитарной деятельности. Но, эти советы активно действовали не везде. Так, в 1910 году из 34 земских губерний в 13 – этих советов не было, а еще 10 работали в полсилы (Мирский М.Б. 1996).

Непосредственно рабочими органами земских санитарных организаций были губернские санитарные бюро. Фактически они стали своеобразными организационно-методическими центрами земской медицины и санитарии.

Значительное влияние на создание санитарных организаций оказали съезды земских врачей, которые собирались на уездном и губернском уровне.

Здесь решались вопросы увеличения жалования врачам и фельдшерам, устройства библиотек и книжных складов при земских учреждениях и врачебных амбулаториях, врачи обменивались опытом применения новейших методов лечения различных заболеваний, организацией медицины в уездах, но главное внимание обращалось на создание и деятельность санитарной организации.

Инициатива созыва съездов для решения санитарных вопросов в Пензенской губернии принадлежит уездам. В 1873 году Нижне-Ломовская уездная управа в своём докладе уездному земскому собранию просила «разрешения устраивать съезды земских врачей, задача которых будет заключаться исключительно в разработке вопросов по санитарной части...» (Архипов А.М. 1911: 31).

Земское собрание согласилось с предложением управы, и даже предложило расширить функции съезда, отнеся к его обязанностям и общий надзор за медициной в уездах.

В 1884 году Нижне-Ломовское земство возбуждало ходатайство об учреждении губернских съездов врачей для разрешения вопросов в «статистическом и санитарном отношении» уже перед губернским земством (Двад-

цатипятилетняя деятельность земских учреждений Пензенской губернии. 1865-1889 гг. 1894).

В 1898 году в Городищенском уезде уездным земским собранием была утверждена особая санитарная комиссия под председательством уездного предводителя дворянства, для обсуждения вопроса об организации медицины в уезде.

В следующем году были утверждены выработанные комиссией правила «об уездных и участковых санитарных советах». Уездный совет должен был состоять из избираемых собранием на 3 года председателя, 8-ми гласных и всех земских врачей, участковый совет – из местного земского врача и всех санитарных попечителей участка.

Но, ни о деятельности коллегиальных учреждений, ведающих санитарной частью в уезде, ни о каких либо санитарных мероприятиях уездного земства в делегатском докладе по Городищенскому уезду на VIII съезде врачей, проходившем почти 11 лет спустя, не упоминается (Восьмой съезд земских врачей Пензенской губернии 1898 года. 1894).

Земские врачебно-санитарные советы существовали в 6 уездах Пензенской губернии.

Вопрос о приглашении санитарного врача, хотя бы одного на всю губернию, был поднят в 1885 году на I съезде земских врачей Пензенской губернии. Съезд, рассматривая способы борьбы с эпидемиями различных заболеваний, пришёл к выводу, что «коренных санитарных мер по борьбе с эпидемиями не принимается» (Архипов А.М. 1911: 31). Этот же съезд указал, какие меры, в том числе и санитарные, необходимо принимать земствам до появления холеры.

В 1886 году состоялся II губернский съезд земских врачей, который занимался дальнейшей разработкой санитарной программы предыдущего съезда. Был заслушан доклад доктора Никольского, впоследствии заведующего санитарным бюро, «О санитарном враче и губернской санитарной комиссии». По мнению автора доклада: «...на земской медицине лежит грандиозная задача – поднятие санитарного уровня населения, т.е. усиленное стремление к тому далекому идеалу, который называется абсолютным санитарным здоровьем, поэтому для изучения санитарной жизни нашего населения необходим санитарный врач» (Архипов А.М. 1911: 32). Кроме того, съезд признал необходимым учреждение губернской санитарной комиссии, которая должна была служить посредником между съездами врачей, уездными врачебными советами и уездными земскими собраниями и ведала санитарными вопросами, медицинской отчётностью. Губернская земская управа признала громадную пользу от санитарной комиссии.

В 1888 году состоялся III съезд, который продолжил разработку вопросов санитарной организации. Из одиннадцати пунктов программы, состав-

лявшейся к IV съезду земских врачей, пять отдели санитарии: вопросы о медицинских и санитарных мерах против смертности детей, о санитарном значении фабрик и заводов для здоровья рабочих и окрестных жителей, санитарный надзор за школами, санитарное исследование кладбищ, программа деятельности эпидемического врача (Четвертый съезд земских врачей Пензенской губернии 1893).

В 1891 году по постановлению очередного губернского земского собрания, при губернской управе учреждено санитарное бюро. В этом же году вышел труд доктора В.И. Никольского по статистике населения городов и уездов Пензенской губернии за 1880–1889 годы. Санитарным бюро ставились вопросы об устройстве земского телятника – для обеспечения уездов оспенным детритом (1894г.), о допущении врачей в школьные учреждения с целью осуществления контроля за здоровьем детей и др. Но всестороннего санитарного обследования губернии и выработки мер не было сделано из-за нехватки у земства средств.

Несколько заседаний V съезда 1894 года были посвящены санитарным условиям кожевенного производства, снабжению уездов оспенным детритом, санитарному состоянию школ.

Последующие четыре съезда 1895, 1896, 1898 и 1900 годов продолжали развивать программу, перерабатывая отдельные её части и дополняя необходимыми элементами.

На заседаниях этих съездов подчёркивалась мысль о необходимости постоянного обмена сведениями между врачами и земскими деятелями не только между уездами, но и всеми земствами России.

После IX съезда 1900 года следующий очередной съезд предполагалось созвать в 1903 году, но в связи со сложной общественно-политической обстановкой в стране съезды заменены были совещаниями врачей при губернской управе, проходившими в 1905, 1907, и в 1910 годах. Непродолжительные по времени, ограниченные по числу участников совещания не занимались рассмотрением общих вопросов местной земской санитарии и медицины, а потому не могли заменить съездов.

В 1910 году на заседании Пензенского чрезвычайного губернского земского собрания был опять поднят вопрос о необходимости введения санитарной организации в губернии.

Исполняя постановление собрания, губернская управа для разработки вопроса о борьбе с холерой 26 и 27 октября 1911 года, созвала совещание врачей губернского земства. На этом совещании она выступила с предложением: «для борьбы с азиатской холерой, и вообще с эпидемиями, земства нашей губернии должны приступить к созданию, по примеру многих других земств, стройной санитарной организации, имеющей целью систематическое, по известному плану, изучение уездов в санитарном отношении» (Ар-

хипов А.М. 1911: 24). Губернское собрание, заслушав доклад управы, нашло его настолько важным и сложным, что избрало для его рассмотрения особую комиссию, состоящую из пяти гласных, губернской управы и врачей, – последних с совещательным голосом. Комиссия, в общем, приняла предложения управы, но с некоторыми изменениями. Так она не признала возможным научные командирования гигиены за счет земства местных врачей и сократила ассигнования на лаборатории и оздоровительные мероприятия. Вместе с тем, комиссия пришла к заключению, что учреждение двух должностей губернских санитарных врачей следует рассматривать лишь как начало той обширной санитарной организации, которая постепенно должна быть введена во всех уездах губернии.

Таким образом, можно сделать вывод, что съезды врачей, начиная с первого в 1885 году и по девятый 1900 года, все, без исключения, посвящали вопросам санитарной организации много времени и труда; все вопросы общественной санитарии намечались и разрабатывались как в отдельных докладах участников съездов, так и в самих заседаниях съездов. Съезды земских врачей Пензенской губернии придавали важное значение этому делу, вырабатывая в продолжение многих лет детали стройной земской санитарии, которая должна была по известному плану вести оздоровление края.

Литература

1. Архипов А.М. К вопросу о введении земской санитарной организации в уездах Пензенской губернии. // Вестник Пензенского земства. № 1. Пенза, 1911. С. 24-36.
2. Восьмой съезд земских врачей Пензенской губернии 1898 года. Пенза, 1899. С. 4-5.
3. Двадцатипятилетняя деятельность земских учреждений Пензенской губернии. 1865-1889 гг. Пенза, 1894. С.256.
4. Мирский М.Б. Медицина России XVII – XVIII веков. М.: Российская полит. энциклопедия 1996. С. 325.
5. Четвертый съезд земских врачей Пензенской губернии 1893 года. Пенза, 1893.

РЕКЛАМА КРЫМСКИХ КУРОРТОВ: ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ*З.Р. Махкамова**Т.Н. Голубова**А.А. Перескокова**А.А. Соболев**ФГАОУ ВО «КФУ имени В.И. Вернадского»**Медицинская академия имени С.И. Георгиевского***ADVERTISING OF THE CRIMEAN RESORTS: HISTORICAL ASPECT***Z.R. Makhkamova**T.N. Golubova**A.A. Pereskokova**A.A. Sobolev**Vernadsky CFU**Medical Academy named after S.I. Georgievsky*

Аннотация: Статья освещает состояние рекламы курортов в Крыму в историческом и содержательном аспекте в конце XIX – начале XX вв.

Ключевые слова: реклама, курорты, история, Крым.

Abstract: The paper highlights the status of the advertisements of the Crimean resorts in the historical and substantive aspects in the end of the 19th – beginning of the 20th centuries.

Key words: advertising, resorts, history, Crimea.

Потенциал Крыма издавна востребован не только для отдыха и туризма, но и для рекреации, профилактики и лечения заболеваний, реабилитации. Морской, горный, лесной климат в сочетании с воздействием крымских целебных грязей и минеральных вод формируют уникальные рекреационные и бальнеологические факторы (Присенко, Махкамова, ДеМарко 2014). Сегодня Крым сохраняет популярность в нашей стране и за ее пределами возможностью реализации разных направлений туризма: оздоровительного (бальнеологические и грязевые курорты), спортивного (велосипедный, конный, пешеходный, горный), экстремального (дайвинг, каякинг), кулинарного, этнического и др. Огромный поток организованных и самостоятельных туристов в Крым составляют весомую долю дохода на полуострове. Привлечению потенциальных гостей крымских курортов способствует широко развернутая в наши дни реклама в газетах, на телевидении, в интернете.

Не всегда Крым был известным местом отдыха. После присоединения Крымского полуострова к Российской империи в 1783 г. Екатериной II новая территория долгое время воспринималась лишь как важнейший стратегический плацдарм, дающий выход к Черному морю. Однако первые сведения о

Крыме как о здравнице встречаются ещё в трудах Геродота, где он упоминает о целебных свойствах грязи на берегах Тавриды (Сакские грязи). Примечательно, что обретать известность как курорт Крымский полуостров начал именно с освоения лечебных грязей Сакского озера: в 1827 г. на берегу озера Саки была открыта одна из первых в России грязелечебниц.

Анализ архивов рекламных компаний конца XIX начала XX вв. показал, что крымское побережье было менее популярно, чем курорты Европы и Кавказа. Следует отметить, что выбор Крыма для отдыха царской семьи Романовых сыграл большую роль в росте популярности полуострова как курорта. В печатных источниках России 19 в. чаще всего встречается информация о Чокракско-Булганакской грязелечебнице в Керчи («Здоровье» 1878, «Русская медицина» 1885). В рекламе курорта предлагалось лечение минеральными водами, кумысом и кефиром, грязевые ванны (серная, железная, газированная, сосновая), серные и соляные ингаляции. До 1890 г. в лечебнице сезон длился с 16 мая по 16 августа, а в дальнейшем был продлен на полмесяца по сравнению с прошлыми годами («Русская медицина» 1890). Лечение в такого вида лечебницах было платным, так как заведения были частные, а не государственные.

В журнале «Русский врач» от 1902 г. размещена информация о Мойнакском грязелечебном заведении и Чокракско-Булганакской грязелечебнице врача Лемперта, где излечивают ревматизм, золотушную болезнь, болезни питания и женские болезни. Привлекают гостей, помимо лечебных процедур, чистым воздухом, низкими ценами, оркестром и первоклассным рестораном. В этом же журнале рекламируется ещё одна Чокракская грязелечебница, которая предлагает также услуги массажа и лечения электричеством.

Южный берег Крыма активно набирает популярность в начале XX столетия. В журнале «Русский врач» от 1915 г. рекламируется санаторий «Гастрия» врачей Лебедевых для больных с патологией органов дыхания, который на тот момент уже был обеспечен водопроводом, канализацией, электричеством и освещением. Обращает на себя внимание интересный и яркий заголовок о рекламе санатория доктора медицины Иванова: «В Ялте всё спокойно», что созвучно с ситуацией в Крыму в 2014-17 гг. А в начале XX в., в разгар Первой мировой войны, когда отдыхающие могли опасаться ездить на излюбленные европейские курорты, такая реклама заверяла в безопасности отдыха в Крыму и тем самым привлекала отдыхающих. Крутой год в этом санатории лечили от внутренних и нервных болезней (кроме туберкулёза). Помимо традиционных применялись и передовые методики лечения: электричеством и рентгеновскими лучами, дарсонвалем и термопенетрацией. Особый интерес вызывают проводимые рентгенотерапия при базедовой болезни и лейкемии, а также дарсонвализация при склерозе и геморрое. Лечебные заведения Евпатории представлены на страницах журнала информацией о санатории «Таласса». Для лечения внутренних, нервных,

женских, двигательных и заболеваний обмена веществ в нем использовали электросветовое и водолечение, цандеровский зал, гелиотерапия и ванны. Приморский санаторий по системе доктора Ламана в г. Евпатория в условиях конкуренции объявляет в заметке о готовности высылать рекламные брошюры бесплатно («Русский врач» 1915).

Размещенная рекламная запись о Романовском институте физических способов лечения в Севастополе поражает разносторонностью направлений оздоровления и огромным количеством предоставляемых услуг: морские, углекислые, кислородные и лекарственные ванны; гидрпатический зал; гидроэлектрические ванны; ингаляторий; светолечебный кабинет; солнечные ванны; электротерапевтический кабинет; дарсонваль; диатермия; ручной, вибрационный и пневматический массаж; механотерапевтический зал. Источник размещает рекламу курортов Крыма наравне с кавказскими, швейцарскими, французскими («Врачебная газета» 1909).

Несомненно, расцвет крымских курортов приходится на время существования СССР, когда Крым стал считаться поистине всесоюзной здравницей. В журнале «Курортное дело» от 1923 г. Крым упоминается наряду с курортами Кавказа, Абхазии и Украины («Курортное дело» 1923).

Таким образом, Крымский полуостров был и остается одним из самых привлекательных курортов, и не последнюю роль в его популярности и привлекательности играет грамотная реклама, которая в прошлом практически не отличалась от современных маркетинговых подходов.

Литература

1. Присенко В. Г., Махамова Е. Р., Де Марко А. В. Природно-климатические особенности Крыма и здоровье населения // Инновации в науке. 2014. № 39. С. 191.
2. Научно-популярный гигиенический журнал «Здоровье». 1878-1879. Т. 5. С. 14.
3. Журнал «Русская медицина». 1885. С. 12.
4. Журнал «Русская медицина». 1890.
5. Журнал «Русский врач». 1902. № 16.
6. «Врачебная газета» 1909. № 5.
7. Журнал «Русский врач». 1915. № 5. С. 25.
8. Журнал «Курортное дело» 1923. № № 1-12.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ РОЖЕНИЦАМ В РОССИЙСКОЙ ПРОВИНЦИИ В XVIII–НАЧ. XX В.

Н.А. Мицюк

Смоленский государственный медицинский университет

MEDICO-SOCIAL ASSISTANCE TO PREGNANT WOMEN IN THE RUSSIAN PROVINCE IN THE XVIII–NACH. XX.

N.A. Mitsyuk

Smolensk state medical University

Аннотация: в центре изучения особенности формирования служб профессионального родовспоможения в российской провинции XVIII–XX вв.

Ключевые слова: история акушерства, история родовспоможения, история акушеров, история медицины.

Abstract: In the center for the study of feature of formation of professional obstetrics in the Russian province of the 18-20th centuries.

Key words: history of obstetrics, history of childbirth, history of midwifery, history of medicine.

История родовспоможения – междисциплинарная тема, представляющая особое значение не только для истории медицины, но и для социальной, повседневной, женской истории. Данная проблема остается малоисследованной областью в истории медицины России (Данилишина 1998, Яковенко 2000). Цель представленной работы – изучить особенности профессионального родовспоможения в российской провинции (преимущественно на материалах Смоленской губернии) на протяжении полуторазекового периода. Задачи исследования ориентированы на выявление специфики в развитии клинического родовспоможения российской провинции, на установление устойчивости/неустойчивости традиционных практик, на изучении деятельности государственных и местных органов власти, общественных объединений в данной сфере. Источники исследования включили в себя материалы государственного архива Смоленской области и Центрального государственного архива С-Петербурга, опубликованные отчеты губернской больницы, благотворительных обществ, губернских и уездных земских собраний; местная пресса.

Начало формирования профессиональной акушерской помощи в провинции было положено в 1797 г. после повсеместного введения медицинских управ в губерниях и включения в состав медицинских чинов должности акушера и повитух. Изучение источников Смоленской губернии показало, что несмотря на принятые попытки стимулировать развитие профессионального акушерства в провинции в первой половине XIX в. вплоть до земской

реформы клиническое родовспоможение не получило распространения и не рассматривалось в качестве приоритетной области в медико-социальной работе с населением. Родильных отделений в Смоленской губернии так и не было открыто. Ученые повивальные бабки оставались единственными проводниками профессионального родовспоможения.

Должность повивальных бабок в российской провинции явилась одной из первых профессиональных областей для приложения женского труда. Они доминировали в акушерской сфере в силу устойчивых традиционных представлений на исключительно женское пространство родов и непопулярности данной специализации среди врачей-мужчин. Работу ученых повивальных бабок координировал акушер, который, как правило, был единственным в губернии с соответствующим званием. Врачи-акушеры в России не стремились вытеснить повитух из сферы профессионального родовспоможения, что было характерно для англо-саксонской истории родовспоможения XIX-начала XX в. (Donnison 1988, Wilson 1995).

Сохранившиеся формулярные списки повивальных бабок Смоленской губернии позволили выделить типичные социальные черты представительниц данной профессии (Государственный архив Смоленской области. Ф. 754. Оп. 1. Д. 4, 71, 100, 119, 148, 373, 499; ГАСО. Ф. 2. Оп. 42. Д. 38, 51, 110, 127, 1359, 1418, 1642; Ф. 670. Оп. 1. Д. 35). Все они получали образование в столичных учебных заведениях, преимущественно в Повивальном институте Московского воспитательного дома. Возраст состоявших на службе колебался в промежутке от 30 до 45 лет. Абсолютное большинство женщин – незамужние / вдовы и бездетные. В то же время их сословная принадлежность могла быть различной. Жалование состоявших на службе врачебной управы повивальных бабок было невысоким. Ежемесячно они были обязаны представлять акушеру «рапорт» о проделанной работе.

Отчеты повивальных бабок, в особенности служивших в уездах, свидетельствуют, что население редко обращалось к их помощи, доверяясь необразованным деревенским повитухам (ЦГИА СПб. Ф. 185. Оп. 1. Д. 1112. Л. 1; ГАСО. Ф. 754. Оп. 1 (1830). Д. 4. Л. 168 – 168 об). Роды рассматривались крестьянским населением в качестве естественной практики, не требовавшей профессионального врачебного вмешательства. В отчетах повивальных бабок крайне редко встречались указания на смертельный исход рожениц или младенцев.

Повивальные бабки стали рассматриваться в качестве важного звена медико-социальной политики государства по борьбе с «плодоизгнаниями», инфантицидом, а также «лишением девства» и «вступлением в связь с малолетними». Им вменялось докладывать начальству о любых подозрениях на производство женщинами «преждевременных выкидышей» и на детоубийство.

В 1860-е гг. в связи с масштабными реформами, затронувшими местное самоуправление, ученые повивальные бабки поступили на службу земству. Повсеместно в губерниях стали открываться родильные отделения при городских и губернских земских больницах. Клиническое акушерство было призвано унифицировать процесс родовспоможения, регламентировать процедуры медико-социальной помощи беременным и роженицам. Земские деятели рассматривали родильные отделения преимущественно как место для «ненормальных случаев, требующих хирургической помощи». На долю клинических родов к началу XX в. приходилось не более 2,6%. Рост пациенток отделения наблюдался с началом Первой мировой войны по причине снижения уровня благосостояния населения и появления беженцев. Менялся и социальный состав рожениц. Пациентками становились женщины из обеспеченных семей, жены чиновников, офицеров.

Провинциальное родильное отделение разительно отличалось от организации столичных больниц, преимущественно по причине недостаточного финансирования. Отчеты свидетельствуют об отсутствии ранжирования женщин даже по принципу здоровая/инфицированная ввиду отсутствия специальных помещений (Медицинский отчет 1896: 11). Врачи писали об антисанитарных условиях, существовавших в отделении: теснота помещений, отсутствие полноценной операционной, послеродовых палат, приспособленных клозетов. Все попытки расширить, перестроить заведение оканчивались безрезультатно, финансирование отделения осуществлялось по остаточному принципу.

Анализ статистических данных родильного отделения позволяет сделать вывод о росте медиализации деторождения. Стационар изначально предназначалось для принятия сложных родов, однако процент оперативного вмешательства до 1890 г. не превышал 10%. В последующие десятилетия он неуклонно рос, достигнув к 1915 г. четверти всех принимаемых родов. В начале XX в. 45% родильниц были поставлены те или иные формы патологий (Медицинский отчет 1908: 37).

Данные родильного отделения свидетельствуют о существенном росте числа мертворождений/выкидышей, которые к 1915 г. достигли рекордной цифры – 26% от принятых родов, что в 5 раз больше, чем в конце XIX в. Врачи осознавали истинные причины роста, состоявшие в увеличении количества криминальных абортотворений (Медицинский отчет 1915: 48). Смоленские земские врачи были настроены достаточно либерально, отмечая, что вопрос абортов нужно перенести из плоскости исключительно нравственной в область медико-санитарную. Ввиду существования проблемы криминальных абортов, роста числа выкидышей, в 1913 г. земство запланировало ввести в действие специальную операционную для абортов (Журналы 1913: 23).

С открытием родильных отделений, фельдшерско-акушерских пунктов повитухи числились в штате, но, как и прежде, должны были выезжать на дом к родильницам. С 1890-х гг. в медицинских отчетах исчезло наименование «повивальные бабки», окончательно закрепилось название «акушерки». В медицинской терминологии «повитухами» продолжили называть исключительно сельских умелиц, без специального образования. Система профессионального акушерства, развиваемая земством, стала включать в себя 3 звена: врач-акушер, ученая повивальная бабка/акушерка, сельская повитуха. Земские врачи продолжали указывать на нежелание населения пользоваться услугами профессиональных акушеров. Помимо земских акушерок в уездах трудились частнопрактикующие сельские повитухи (получившие аттестат повитух в ходе краткосрочных курсов и сдавших экзамен). Их деятельность практически никак не регламентировалась.

Социальное обеспечение земских акушерок было улучшено по сравнению с повитухами приказа общественного призрения. Их оплата труда составляла 250-400 руб. в год, им полагались квартирные, прогонные деньги, ежегодный тридцатидневный отпуск. Они имели право на выплату пенсии по службе, в случае нужды имели право обратиться в земство (даже после окончания службы) за финансовой помощью. Некрологи в местных газетах, посвященные земским акушеркам, отличались теплотой и выражали большую признательность женщинам за их труд.

К 1910-м гг. число акушерок в уездах возросло в 2-3 раза, практически во всех земских больницах были открыты родильные отделения, действовали родильные покои при врачебных пунктах в селениях, численность родов на одну акушерку возросло в 2 раза. Организаторы профессионального родовспоможения стремились отвечать запросам населения, помимо работы в стационарах акушерки обязаны были являться в дома и квартиры для принятия родов. В медицинскую терминологию вошло понятие «квартирные роды». По данным уездов, их число приравнивалось к количеству родов в стационарах (Журналы 1914: 6).

На всем протяжении изучаемого периода существовала частная практика ученых повивальных бабок/акушерок. Изучение объявлений провинциальных газет показало, что реклама услуг профессиональных акушерок с конца 1870-х гг. стала вполне распространенной.

Провинциальные благотворительные организации впервые обратили внимание на важность оказания медико-социальной помощи населению в сфере родовспоможения в 1880-е гг. Эта сфера долгое время не рассматривалась в качестве стратегически важной. По инициативе Смоленского благотворительного общества был открыт приют для бесплатного приема рожениц, но по причине недостатка средств приют был закрыт в 1894 г. Среди благотворительной общественности города в 1910-е гг. возникла идея оказа-

ния адресной помощи родильницам. Индивидуальный подход в презрении бедных родильниц состоял в том, что женщины накануне или после родов могли обратиться в благотворительное общество Смоленска с письменной просьбой выделить средства для оплаты услуг акушера. Это услуга стала востребованной среди жительниц города.

Таким образом, ученые повивальные бабки, а в дальнейшем акушерки, являлись основными проводниками профессионального родовспоможения в провинциальной России. Доминировало домашнее родовспоможение. Земство выступало единственной инстанцией в провинции, развивающей клиническое родовспоможение. В акушерстве складывалась иерархия медицинских работников: низшее звено – сельские повитухи, прошедшие одногодичный курс обучения, среднее звено – ученые повивальные бабки (акушерки), замыкающее звено – врачи-акушеры, которые координировали деятельность повитух. В отличие от истории акушерок в Великобритании, Германии, США, в России не было выражено противостояние между врачами-акушерами и учеными повитухами/акушерками. В сельской местности крайне тяжело было развивать профессиональное акушерство. Среди крестьянского населения доминировали услуги необразованных деревенских повитух. Органы городского самоуправления, общественная и частная благотворительность не рассматривали сферу родовспоможения в качестве приоритетной. Провинциальными властями и благотворительными организациями были выработаны малобюджетные формы социальной помощи населению при родах.

Литература

1. Donnison J. *Midwives and Medical Men*. New Barnett: Historical Perspectives, 1988
2. Wilson W. *The Making of Man-Midwifery: Childbirth in England, 1660-1770*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1995. 239p
3. Данилишина Е.И. Основные этапы и направления развития отечественного акушерства (XVIII- XX вв.). Автореф. дис. д.м.н. М., 1998. 48 с.
4. Журналы XLIX очередного СГЗС. 7-18 января 1913. Смоленск: Тип. Я.Н. Подземского. 1914. С. 23
5. Медицинский отчет по СГЗБ за 1896. Смоленск: Тип. С. Гуревича, 1897. С. 11
6. Медицинский отчет по СГЗБ за 1908. Смоленск: Тип. С. Гуревича, 1909. С. 37
7. Медицинский отчет по СГЗБ за 1915. Смоленск: Тип. Я.Н. Подземского, 1917. С. 48
8. Яковенко Т.Г. Охрана материнства и младенчества во второй половине XVIII-нач. XX в.: на материалах С-Петербурга. Дис... к.и.н. СПб., 2008.

ЛОББИ АМЕРИКАНСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ ЗА СОЗДАНИЕ ЗУБОВРАЧЕБНОЙ СЛУЖБЫ СУХОПУТНЫХ ВОЙСК США В 1898-1901 ГГ.

Д.А. Пареньков

Московский государственный институт международных отношений (университет) Министерства иностранных дел Российской Федерации

THE AMERICAN DENTAL ASSOCIATION LOBBY FOR ESTABLISHING THE US ARMY DENTAL CORPS IN 1898-1901.

D.A. Parenkov

Moscow State Institute of International Relations

Аннотация: в статье рассматриваются лоббистские усилия Американской стоматологической ассоциации по созданию законодательной базы для деятельности военных стоматологов в Армии США в 1901 году.

Abstract: The article studies the American Dental Association lobby for congressional legislation to establish a place for dentists in the US Army.

Ключевые слова: лоббизм, медицинское лобби, военная медицина, Американская стоматологическая ассоциация.

Key words: lobbying, medical lobby, military medicine, the American dental association.

Вопрос о необходимости учреждения института военных стоматологов поднимался в американском публичном пространстве начиная с окончания Гражданской войны. С 1865 года стоматологическое сообщество США пыталось провести в Конгрессе различные варианты законопроектов, предусматривавших в той или иной форме создание зубоветеринарной службы на флоте и в сухопутных войсках. Однако первый шаг к появлению военных стоматологов в Армии США был сделан только в 1901 году с принятием Акта о реорганизации армии. Закон впервые в истории Соединенных Штатов предоставил Медицинской службе Армии США возможность нанимать стоматологов. Принятие Акта во многом стало результатом лоббистских усилий Американской стоматологической ассоциации (АСА).

Толчком к принятию Акта стала Испано-американская война, обозначившая насущную потребность в реформировании системы медицинского обеспечения армии, в том числе и в области зубоветеринарного. В августе 1898 года АСА приняла решение о создании специальной комиссии по продвижению законодательства в области создания зубоветеринарной службы и приняла резолюцию о недопустимости в этом вопросе самостоятельных действий со стороны местных стоматологических обществ, что ознаменовало собой старт организованной лоббистской кампании (Hyson 2008: 151). Ее первым

результатом стал законопроект HR 11022, предложенный 7 декабря 1898 года председателем Комитета по военным вопросам Джоном Халлом. Инициатива предполагала появление в Армии США ста стоматологов. Против законопроекта выступил Начальник Военно-медицинской службы Джордж Стернберг. В это же время Стернберг при поддержке Американской медицинской ассоциации вел свою лоббистскую кампанию за реформирование системы медицинского обеспечения (Пареньков 2017). Можно предположить, что требования стоматологического сообщества негативно воспринимались военно-медицинским лобби из-за опасений размывания их собственной повестки, включавшей в себя вопросы не только увеличения количества военных медиков, но и повышения качества их службы.

Провал законопроекта Халла вынудил АСА пересмотреть свою стратегию и снизить свои требования до введения не штатных, а наемных стоматологов. Ассоциация поддержала в 1899 году законопроект HR 972 Питера Отея. Вариант Отея не предполагал создания Зубоветеринарной службы и ограничивался предложением нанимать одного дантиста на каждую тысячу военнослужащих. С точки зрения АСА отказ от введения института штатных военных стоматологов в пользу работающих по контракту специалистов, безусловно, понижал статус профессии. Однако Ассоциация подчеркивала, что основным мотивом её кампании было гуманитарное стремление облегчить условия несения службы американскими гражданами. В такой форме законодательная инициатива имела гораздо большие шансы, а, следовательно, должна была быть поддержана с целью повышения доступности квалифицированной стоматологической помощи в Армии США (Kirk 1900: 102). На этот раз в пользу законопроекта высказался и Стернберг, что заметно усилило позиции АСА (Hyson 2008: 161). В апреле 1900 года Комитет по военным вопросам рекомендовал дополнить HR 972 пунктом об ограничении максимально допустимого количества дантистов в армии тридцатью специалистами. Соответствующую поправку внес сенатор от Алабамы Эдмунд Петтус, но рассмотрение законопроекта в Комитете все равно было отложено.

Ситуация изменилась к концу 1900, когда положение на Филиппинах, где развернулось противостояние между Армией США и сторонниками независимости, вновь актуализировало потребность в реорганизации сухопутных войск. В декабре Халл инициировал рассмотрение законопроекта HR 12224, предусматривавшего в том числе и реформирование системы медицинского обеспечения. Общее настроение в Конгрессе играло в пользу законопроекта и АСА постаралась реализовать свои цели уже в рамках HR 12224. Отей предложил поправку к законопроекту, полностью повторявшую его собственную инициативу HR 972: предусмотреть наличие одного дантиста на каждую тысячу военнослужащих в количестве не более тридцати человек.

Законопроект получил поддержку Конгресса, и в феврале 1901 года президент подписал Акт о реорганизации армии (Owen 1918). Для военного зубоочувствования это стало переломным моментом. Стоматологи впервые официально появились в составе Военно-медицинской службы Сухопутных войск. Соединенные Штаты стали первой страной, законодательно закрепившей ответственность правительства за зубоочувствование военнослужащих. Таким образом, лоббистские усилия профессионального сообщества в 1898-1901 гг. задали отправную точку для формирования специализированной службы по оказанию стоматологической помощи в вооруженных силах по всему миру.

Литература

1. Пареньков Д. А. Военно-медицинское лобби в США накануне Первой мировой войны. // Сборник материалов XIII Всероссийской конференции с международным участием «Исторический опыт медицины в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг». Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова. 2017. С. 169-172.
2. Hyson J., Whitehorse J., Greenwood J. A history of dentistry in the US Army to World War II. Washington, DC: BordenInstitute, Walter Reed Army Medical Center, 2008. – 856 p.
3. Kirk E. The Dental cosmos: a monthly record of dental science. Vol.XLII. Philadelphia: The S. S. White Dental Manufacturing Co, 1900. – 1364 p. URL: // <https://archive.org/details/dentalcosmos4219whit>(дата обращения: 14.08.2017).
4. Owen W. A chronological arrangement of Congressional legislation relating to the Medical corps of the United States Army from 1785 to 1917. Chicago: American Medical Association, 1918. – 66 p.

МЕДИКИ ЗАБАЙКАЛЬЯ В ГОДЫ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ (1914-1918 ГГ.)

Г. И. Погодаева

ГПОУ Читинский медицинский колледж

DOCTORS ZABAYKALIA DURING THE FIRST WORLD WAR

G. I. Pogodaeva

GPOU Chita medical College

Аннотация: в статье освещается участие медиков Забайкальской области (Забайкальского края) в Первой мировой войне: мобилизация, благотворительность населения, деятельность сестер милосердия Забайкальской общины Красного Креста им. Великой княжны Марии Николаевны и письма с фронта выпускника военно-фельдшерской школы Г. М. Гибанова.

Abstract: The article highlights the participation of doctors from the Zabaykalsky region (Zabaykalsky krai) in the First World War: mobilization, Charity

of the population, the activity of the sister of mercy of Zabaykalsky community of the Red Cross named after Grand Duchess Maria Nikolaevna and letters from the front of the graduate of military-medical school G. M. Gibanova.

Ключевые слова: Красный Крест, лазарет, история медицины, война, музей истории здравоохранения, Забайкальская община, сестры милосердия, благотворительность, письма с фронта, патриотизм.

Key-words: Red Cross, hospital, history of medicine, war, Museum of the history of health, Zabaykalsky community, sisters of mercy, charity, letters from the front, patriotism.

Первая мировая война 1914-1918 гг., в которой приняли участие 38 государств, стала наиболее кровопролитным и масштабным конфликтом в истории человечества. Современники называли ее II Отечественной и Великой войной. Россия вступила в войну с Германией, Австро-Венгрией и Турцией 1 августа 1914 г.

В ходе войны большую роль в оказании медицинской помощи, сохранении человеческих жизней и возвращении миллионов опытных бойцов в строй сыграло Российское общество Красного Креста. Общество формировало и отправляло на фронт свои лечебные учреждения (госпитали, лазареты, санитарные поезда...), готовило медицинских сестер милосердия, сиделок и санитаров Красного Креста. В качестве консультантов Красного Креста на фронте работали известные профессора-хирурги, под их руководством были организованы летучие хирургические отряды. Создавались подвижные питательно-перевязочные отряды, рентгеновские отряды, психиатрические приемные и сборные пункты. Красный Крест оказывал большую помощь военному ведомству в борьбе с инфекционными заболеваниями и т.д.

Забайкальское местное управление Российского общества Красного Креста было образовано в 1894 г. По инициативе общества в апреле 1901 г. в Чите открылась Забайкальская имени Великой княжны Марии Николаевны Община сестер милосердия Красного Креста с амбулаторией и лечебницей, приюты для сирот и калек. (Фадеева 2011:402). Создание общины стало началом обучения сестер милосердия в нашем крае. Теоретические и практические занятия с ученицами проводили известные читинские врачи – К.Д. Кольчевский, А.Л. Цейтлин, А.Д. Давыдов, А.Г. Легер, А.И. Христов, П.И. Макарова-Соболева и др. Доходы общества слагались из постоянных членских взносов, единовременных пожертвований деньгами и вещами, а также из специальных пожертвований для особых назначений.

Война круто изменила жизнь страны, весь жизненный уклад нашего края. Боевые действия проходили за тысячи километров от Забайкалья, но и здесь произошли кардинальные изменения. В войне в общей сложности уча-

ствовало 14 тысяч казаков (9 конных полков и 5 батарей ЗКВ). Вместе с войсками на фронт уходили врачи, фельдшера, сестры милосердия, санитары.

Вся деятельность по организации помощи фронту проводилась под руководством и при активном участии военного губернатора области наказного атамана ЗКВ генерал-лейтенанта Андрея Ивановича Кияшко. Он сумел в короткое время провести мобилизацию в области, организовать подготовку медицинского персонала и лазаретов, обуздать спекуляцию. За весь период своего правления губернатор активно поддерживал учреждения здравоохранения, народного образования, культуры. При его содействии была расширена сеть медицинских и ветеринарных пунктов.

С первых месяцев войны патриотический подъем населения был необычайно высок. Военный губернатор области обратился к населению с просьбой помочь «в деле призрения необеспеченных семей запасных» военнослужащих. Разнообразны были формы благотворительности: продажа лотерейных билетов, организация благотворительных вечеров, спектаклей. «Средства потекли ко мне со всех сторон, и ручьи были от богачей, а реки от бедноты, – писал А. И. Кияшко. – Всего прошло через мои руки более 167 тысяч рублей» (ГАЗК, ф. 138, оп. 1, д. 257, л. 106). На эти деньги оказывалась помощь конкретным людям, обществам, занимающимся «призрением жертв войны», снабжались сибирские войска необходимыми теплыми вещами и бельем. На эти же деньги был организован Забайкальский подвижной № 4, имени Его Императорского Величества, лазарет Красного Креста. Всего было отправлено два лазарета полностью сформированных в нашем крае.

Благотворители, внесшие более 300 руб., пожелали присвоить свои имена койкам лазарета, отправленного на Закавказский театр военных действий. Например, в приказе № 1471 от 26 февраля 1915 г. с дополнительным поименным списком значилось: «койка № 34 – города Троицкосавска, койка № 35 – станиц 1-го военного отдела ЗКВ, койка № 37 – Дмитрия Васильевича ПолUTOва, ... бурят инородцев Галзотской волости» и т.д. (ГАЗК, ф. 1, оп. 1 (общ.), д. 5285, л. 64). Об образцовой работе лазарета сообщает военному губернатору в письме от 5 июня 1916 г. главноуполномоченный РОКК при Кавказской армии Л. Голубев. Во время Эрзурумских боев в лазарете был устроен хирургический пункт профессора С. Ф. Чижа, которому помогали хирурги Н. Н. Лебедев, В. И. Востоков, А. И. Панкрышев. Из 3500 раненых во время боев за Эрзурум 2500 прошло через хирургический пункт Забайкальского лазарета (ГАЗК, ф. 12, оп. 1, д. 56, л. 29-30). В телеграмме на имя начальника госпиталя доктора Лаврова А.И. Кияшко писал: «Взаимно поздравляю Вас, весь персонал Забайкальского лазарета двухлетней самоотверженной работой на славном посту помощи доблестным защитникам горячо любимой родины...» (ГАЗК, ф. 12, оп. 1, д. 56, л. 66).

Губернатор в предписании к Попечительному совету Забайкальской имени Великой княжны Марии Николаевны общины Красного Креста просит представить список избранных Советом сестер милосердия на утверждение и предлагает конкретные кандидатуры сестер милосердия в состав врачебно-питательного отряда, где особо обращается внимание на профессиональную подготовку и нравственные качества всего персонала госпиталя (ГАЗК, ф. 12, оп. 1, д. 41, л. 38).

Всего на фронт было отправлено два лазарета, сформированных в Забайкальской области, один на Кавказский, а другой на Западный фронт.

Заведующий городской больницей доктор Аарон Леонтьевич Цейтлин «изъявил желание принять на себя место врача при полевом лазарете, отправляемом от Забайкальской области на Западный фронт наших военных действий, – писал А.И. Кияшко, обращаясь к Городскому Голове. – Идя навстречу желанию врача А.Л. Цейтлина послужить родине, прошу вас немедленно созвать экстренное заседание Городской Думы для обсуждения вопроса о командировании Цейтлина на театр военных действий и временном замещении его в больнице другим врачом... Надеюсь, что Городская Дума станет в этом вопросе на общегосударственную точку зрения, которая требует сосредоточения всех сил страны в борьбе с врагом, временного забвения личных и общественных интересов, ради конечной цели – победы, от которой зависит все будущее дорогой нам родины». Но Дума, заботясь о нуждах города, отклонила эту просьбу, и с лазаретом выехали врачи Николай Васильевич Берлинский и Александр Иванович Христов, священник Сергей Иванович Знаменский, два фельдшера, 17 сестер милосердия (в том числе две сверхштатные) и 29 санитаров.

А.Л. Цейтлин в некрологе на смерть медицинской сестры Валентины Петровны Павлуцкой писал: «Покойная в 1900 г. в числе первых поступила в образовавшуюся в этом году в Чите Забайкальскую общину сестер милосердия. В 1903 г., получив звание сестры милосердия, работала в местной общине и вскоре же поступила в Читинскую городскую больницу. В феврале 1904 г. была направлена на театр военных действий в г. Фунхачень и, начиная с тюренченских боев до самого конца войны находилась на передовых позициях, за что награждена четырьмя нагрудными медалями. В декабре 1914 г. выезжает в качестве сестры милосердия со вторым забайкальским отрядом на Кавказский фронт, там с 8-м передовым отрядом генерала Баратова все время находится на передовых позициях. В апреле 1918 г. возвращается в Читу и снова начинает работу сестры милосердия в Читинской городской больнице... За работу на Кавказском фронте, где она заразилась малярией и которая все время давала себя знать, несмотря на систематическое лечение... Покойная имеет серебряные знаки и три георгиевские медали (2-й, 3-й и 4-й степени). Вот вся коротенькая, чисто внешняя биография. Сухая,

подвижная, беспокойная, несколько суетливая, она обладала удивительным даром отдаваться всею своею душою и всею своею энергией своему тяжелому, беспокойному и ответственному делу.

Я долго, очень долго и очень близко работал с нею и наблюдал. Я был спокоен, если сестра Павлуцкая приготавливала перевязочный материал и все нужное. Ничего не упущено – все обдуманно..., я бы сказал, со святым спокойствием за порученную работу. За работой, будет ли это хирургическая, просто ли уход за больным, она была вся, со всей своей энергией и огромной любвеобильной душой. Временами приходилось поражаться, откуда все это? Где помещался в ней, истощенной на вид и вечно болезненной, этот родник энергии и любви к человеку? ...А эта любовь была огромная... Нужно помочь и в этом все дело. Кто, когда и где – безразлично. Ей нездоровится, она сама утомлена. Ничего: «кончу работу и отдохну». «Приезжайте к нам, – писала она мне с фронта, – здесь так много работы... 19 лет труда с небольшими перерывами для лечения, вечное малокровие, малярия, передовые позиции, больница, больные... И в конце этого тяжелого труда в больницах, на фронтах – картина разрухи армии со всеми зверскими и неподдающимися описанию сценами истязаний, расстрелов...». Не нашлось в наших архивах фотографии сестры Вали, но эти слова сказанные доктором Цейтлиным дорожке нам самых прекрасных фотографий («Забайкальская новь» от 9 апреля 1919 г.).

В Музее истории здравоохранения Забайкальского края сохранились прекрасные фотографии сестры милосердия Анны Николаевны Варгановой (Мирошниковой) и ее подруг, которые служили в Забайкальской общине сестер милосердия. Анна Николаевна родилась 18 ноября 1885 г. в Забайкальской области, окончила Нерчинско-Заводское женское училище, профессиональное образование получила в Читинской частной повивальной школе врачей Ф.А. Лаврова и А.Л. Цейтлина в 1910 г. по специальности «повивальная бабка 2-го разряда». Служила сестрой милосердия в Забайкальской имени Великой княжны Марии Николаевны Общины сестер милосердия Красного Креста.

Сестры милосердия несли ежедневные дежурства в больнице Красного Креста и городской больнице, в военном госпитале, делали прививки против оспы. Навыки ухода за больными они получали во время совместного с врачом приема больных и при уходе за больными на дому. В 1907 г. в отдельном небольшом здании при общине открылся родильный приют на 4 кровати, где сестры милосердия оказывали помощь роженицам.

В расчетной книжке А. Н. Варгановой, где указывалось, в какое время, за кем из больных она осуществляла уход, отзыв о ее работе и сумма денег, которую платили родственники пациента в кассу Общины за работу сестры, есть интересные записи. Например, в 1912 г. нотариус Соболев писал: «Анна Ни-

колаевна Варганова – это идеальная сестра милосердия. Не жалея своих сил и здоровья ухаживала... за больной женой. Великое спасибо Общине, которая имеет таких самоотверженных честных тружениц на пользу человечества». Сами сестры получали очень скромное жалование из кассы Общины.

В годы Русско-Германской войны Варганова служила сестрой милосердия в 368 полевом подвижном госпитале на Западном фронте. Сохранились фотографии коллектива госпиталя, удостоверение, где личность запасной сестры милосердия Анны Николаевны Варгановой, приписанной к Псковскому резерву сестер милосердия Красного Креста удостоверяет главный врач госпиталя Ботовский.

В 1918-1919 гг. Варганова служила в Красноармейском лазарете в г. Нерчинске, в 1925-1926 гг. работала акушеркой в больнице Черновских копей. Более двадцати лет, с 15 декабря 1926 по 1948 гг. она служила медицинской сестрой II хирургического отделения Областной больницы им. В.И. Ленина, и в 1948 -1958 гг. в этой же больнице работала гардеробщицей. Умерла Анна Николаевна в 1970-е годы в Маккавеевском доме престарелых. В музее здравоохранения сохранились документы, книга «Мужчина и женщина», открытка, присланная Анне Николаевне в 1917 г. из Анапы в Лифляндскую губернию, где в то время находился полевой госпиталь и несколько фотографий ее подруг по работе в Забайкальской Общине сестер милосердия с трогательными надписями, которые несут дух того времени.

В составе 4-й Сибирской стрелкой дивизии выехал на фронт фельдшер Г.М. Гибанов. Судя по боевому пути Сибирской дивизии, Гибанову пришлось участвовать в двух крупнейших операциях Первой мировой войны – Варшавско-Ивангородской оборонительно-наступательной операции русских войск Юго-Западного и Северо-Западного фронтов против германо-австрийских войск 15-26 сентября 1914 г. и Лодзинской наступательной операции германских войск с 29 октября по 11 ноября 1914 г. («Забайкальский рабочий», 14 августа 2014 г.).

Георгий Маркович Гибанов родился 10 апреля 1874 г. в семье военного в Иркутске. Он рано остался без матери. Отец вновь женился и в 1879 г. появился на свет младший брат Андрей. Георгия определили в военно-фельдшерскую школу, которую он окончил в 1894 г. Читинская военно-фельдшерская школа открылась в 1872 г. при военном госпитале. В школе обучались 4 года, в основном дети казаков. Набирали 20-30 человек ежегодно на платные и бесплатные (казеннокоштные) места. Казеннокоштные ученики обязаны были отработать 6 лет в военных лечебных учреждениях. В состав преподавателей входили известные в городе врачи, работавшие в госпитале и городской больнице: В.Я. Кокосов, А.Г. Цитович, А.К. Болтузевич, В.Ф. Миропольский, И.И. Шари, А.Л. Цейтлин, фармацию преподавал фармацевт И.И. Дзевони и др.

После окончания обучения Г.М. Гибанов служил в Читинской войсковой больнице для душевнобольных ЗКВ, в Кударинской войсковой больнице, смотрителем Туркинской больницы и курорта (ныне курорт Горячинск). Женился на дочери казака 1-й Чиндантской станицы Лидии Савельевне Савватеевой. Было у них шестеро детей, жили небогато. В 1904 г. Георгий Маркович принимал участие в войне с Японией и был награжден бронзовой медалью. Светлана Михайловна Сазонова, внучка Георгия Марковича Гибанова, фельдшер, выпускница Читинского медицинского училища сохранила письма деда, написанные жене и детям с фронта Первой мировой войны на почтовых карточках. В коротких строчках письма чувствуется тревога о семье, жене и детях, которые хоть и растут без отца, но постоянно чувствуют его внимание и заботу.

1. Чита, улица Ивановская, дом Гибановой. На открытке «Режица. Вид у реки». Белоруссия, весна 1916 г. «Здесь уже давно стоит теплая погода: тает снег и отчаянная всюду грязь. Пожалуй, лучше, чем в Чите, что нет пыли. Уж очень сыро, у меня начинают болеть легкие», – писал Г.М. Гибанов.

2. Чита, Забайкальская область дом Л.В. Гибановой по улице Ивановской Володе Гибанову: «С днем ангела, мой сынок Володя! Желаю тебе лучшего в твоей молодой жизни. Работай над собой больше, познавай себя и будешь счастлив во всем. Отчего не пишешь? Как проводишь время? Крепко целую тебя, всех. Твой отец. Г. Варшава. 16.07.1915 г.»

3. 24 апреля 9 часов вечера 1916 г. Белоруссия. Письмо Г.М. Гибанова дочери Зое: «Сейчас приехали в Полоцк, где придется переночевать, а завтра уже продолжим путь через Великие Луки в Торопец. Путешествую теперь по железной дороге. Очень трудно, много пассажиров, а потому все время еду стоя. Город этот очень старый, что известно тебе из истории. Целую».

4. 26.05.1917 г. Местечко Леббе Эстлянской губернии, Базарная площадь: «Это начало главной улицы в Либбе, направо дом с колоннами, конно-почтовая станция, где и пришлось жить мне несколько дней, прямо магазин купца Сармета. Летом здесь очень хорошо. Рядом имение баронессы Жирар, где я жил сперва. В общем, местность кругом Леббе – болотистая. Ночами все время туманы. Здесь постоянно приходится ходить, т.к. это единственное сухое место».

По словам внучки, свои царские боевые награды Георгий Маркович в советское время уничтожил, о чем, конечно, сожалел, ведь это была его жизнь, его служение Отечеству. Родным и близким о тех событиях он иногда рассказывал, но многое недоговаривал, побаивался. И на то были причины. Сам он избежал репрессий, а его брат Андрей Маркович Гибанов, школьный учитель из Могочи, в декабре 1937 г. был арестован и через два месяца, как было сказано родственникам, умер в тюремной больнице. Реабилитирован весной 1958 г.

С далеких двадцатых годов до 1952 г. Георгий Маркович работал в отдаленном Красночикийском районе, жил в селах Этытей, Байхор, Красном Чикое, был заведующим больницей. В 1952 г. семья Гибановых переехала поближе к городу в Улетовский район, а в 1958 г. Георгий Маркович вышел в отставку, и семья переехала в Читу. В 1973 г. Г. М. Гибанов скончался, немного не дожив до своего девяностолетия. У каждого из шестерых детей Георгия Марковича своя судьба. Старший сын воевал с японцами на Халхин-Голе, участвовал в Великой Отечественной войне, дослужился до полковника и закончил свой жизненный путь в Улан-Удэ, как и отец, на девяностом году жизни. Младший сын, тоже участник войны, директор школы, трагически погиб в Тулуне. Одна из дочерей умерла в раннем возрасте, другая стала фармацевтом, третья – учительницей, младшая – медиком.

Забайкальское казачье войско успешно действовало на фронтах Первой мировой войны, об этом свидетельствуют факты награждения полков знаками отличия за проявленное мужество. Среди забайкальских казаков не было дезертиров, они последними ушли из окопов. Общая обстановка на фронте и в тылу, массовое оставление позиций пехотными частями, активная большевистская агитация разлагающе действовали на армию, патриотизм казаков, и вскоре произошло расслоение казачества.

Спустя столетие начали выходить статьи, книги об этой героической странице истории нашей родины, которую мы так мало знаем. Из старинных альбомов и сундуков наследники вынимают фотографии проливающие свет на прошлое нашего края и людей, которые честно воевали, трудились и беззаветно любили свою родину.

В семье читинского краеведа Л.В. Храмовой сохранились личные вещи и документы ее деда Костырева Алексея Карповича участника Первой мировой войны. В 1914 г. он был «призван по мобилизации и назначен смотрителем полевого медицинского госпиталя на 125 кроватей, который разворачивался г. Варшава». Алексей Карпович был купцом, и обязанности интенданта были ему наиболее близки, от его умелых действий зависело снабжение лазарета всем медицинским оборудованием и медикаментами. Сохранилась фотография Алексея Карповича, его личный дорожный бьювар, с которым он не расставался до последних дней своей жизни и другие вещи. В семье внуков бережно хранятся такие замечательные реликвии.

Доктор А.Л. Цейтлин писал в 1919 г.: «Отмечают, что нигде нет такой короткой памяти к своему прошлому, как у нас на Руси... Кончилось и с плеч долой. Мало кто думает, что день сегодняшний есть непосредственное продолжение вчерашнего, и канун завтрашнего».

Прекрасно сказал о преемственности прошлого, настоящего и будущего Н.К. Рерих: «Из прекрасных камней прошлого сложите ступени грядущего. Сегодня – это вчера, сегодня – это завтра» и то, как мы относимся к этой

памяти сегодня, завтра наши внуки скажут нам спасибо или будут сожалеть о былом.

Литература

1. Государственный архив Забайкальского края, ф. 138, оп. 1, д. 257, л. 106
2. Государственный архив Забайкальского края, ф. 1, оп. 1 (общ.), д. 5285, л. 64
3. Государственный архив Забайкальского края, ф. 12, оп. 1, д. 56, л. 29-30
4. Государственный архив Забайкальского края, ф. 12, оп. 1, д. 56, л. 66
5. Государственный архив Забайкальского края, ф. 12, оп. 1, д. 41, л. 38
6. Фадеева А.П. Российский Красный Крест [Текст] / А.П. Фадеева, Ю.А. Черепанов // Малая Энциклопедия Забайкалья: Здравоохранение и медицина. – Новосибирск: Наука, 2011. – С. 402.

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ НА ТЕРРИТОРИИ УДМУРТИИ В XVII – XVIII ВВ.

В.Н. Савельев

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ

Н.В. Малых

БУЗ УР «Республиканская офтальмологическая клиническая больница МЗ УР»

Л.Л. Шубин

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ

HEALTH CARE OF THE UDMURT REPUBLIC (XVII – XVIII)

V.N. Savelyev

Izhevsk State Medical Academy

N.V. Malih

²Regional State ophthalmologic clinical hospital of Udmurt Republic

Health Ministry, Izhevsk.

L.L. Shubin

Izhevsk State Medical Academy

Аннотация: статья посвящена истории развития медицинского дела и форм управления здравоохранением в Удмуртии.

Abstract: the article is devoted to the history of the development of medical Affairs and health management in the Udmurt Republic.

Ключевые слова: медицинское дело, реформа, заболеваемость, кадры, организация.

Key words: medical business, reform, morbidity, workforce, organization.

Первые попытки организовать медицинскую помощь рабочим были связаны с развитием горнозаводского дела на Урале. Первые госпитали для

рабочих появились на заводах Урала в 1722 г. В этой же системе были открыты госпитали на Воткинском горно-рудном заводе (1795 г.) и Ижевской железодельной фабрике (1760 г.), содержались они за счет вычета одного процента из заработка рабочих.

Таким образом, накануне реформ 60-70-х г. в XIX в. медицинское дело в России было рассредоточено по разным министерствам и ведомствам, что затрудняло координацию их деятельности в области медицины. К тому же, огромная масса населения – помещичьи крестьяне, за редким исключением, была лишена квалифицированной медицинской помощи.

В послереформенный период российское здравоохранение существенно изменило свой облик. Прежняя система оказания медицинской помощи населению через Приказы общественного призрения была отменена. Прекратили свою деятельность по медицинской части Министерство государственных имуществ, Горный департамент, военное ведомство и т. д.

За это время приказами общественного во всех губернских и почти во всех уездных городах приказами общественного призрения открылись разной величины больницы, правда, в большинстве своем крайне неудовлетворительные в санитарном отношении.

По императорскому Указу от 18 декабря 1780 г. Вятское наместничество в 1798 г. преобразовалось в Вятскую губернию, которая граничила на севере с Вологодской, на востоке – с Пермской, на юге – с Казанской и Нижегородской, на западе – с Костромской губерниями и занимала площадь 14 014 294 десятин (128 571, 505 кв. км).

Входящие в Вятскую губернию Глазовский и Сарапульский, часть Малмыжского, Елабужского уездов Казанской губернии составили нынешнюю территорию Удмуртского региона.

Его особенности – огромная территория, многочисленное, но редкое население, неразвитость городов – весьма затрудняли организацию медицинского дела. В несколько лучшем положении находились лишь горные заводы, где имелись госпитали для лечения рабочих.

Согласно реформе 1775 г., в Вятском наместничестве был открыт Приказ общественного призрения, но к 1788г. весь медицинский персонал в наместничестве насчитывал лишь двух лекарей и одного аптекаря. Открытие Вятской Врачебной управы состоялось 26 июня 1897 г. Ее штат представлял лишь 1 акушер – Филипп Фридрих Пфейлер. На первых порах управлять Врачебной управе было нечем. Лишь в 1811 г. в губернии началось строительство больниц. В губернском городе Вятке была учреждена больница на 60 коек, больницы имелись уже в 10 уездных городах, в том числе Глазове, Воткинске, Ижевске, Сарапуле. Здоровье государственных крестьян находилось на попечении ведомства государственных имуществ, которое должно было содержать окружных врачей и фельдшеров. Но к концу 30-х

годов XIX в. во всей губернии имелось лишь 19 фельдшеров государственного имущественного ведомства, из них восемь на территории Удмуртии: в Алнашской, Дебесской, Селтинской, Зуринской, Сосновской, Пудемской, Кумпинской и Норвинской волостях.

Одним из медиков, целенаправленно занимающихся изучением удмуртов, был Масимилиан Теодор Бух. Он окончил медицинский факультет Дерптского университета и по рекомендации Финно-угорского общества приехал в Вятскую губернию для изучения удмуртов. В 1877 – 1880 гг. он служил врачом на Ижевском оружейном заводе, посещал окрестные удмуртские селения, наблюдая жизнь народа. В последствии М. Бух опубликовал первую за рубежом монографию об удмуртах на немецком языке (Гельсингфорс, 1882 г.). работа содержала сведения обо всех сторонах жизни удмуртов конца XIX века (численность, антропологический тип, образ жизни, одежда, жилище, ремесла, фольклор и др).

О состоянии медицинского дела в крае в определенной степени позволяет судить объездной журнал инспектора Вятской Врачебной управы И.Т. Воскобойникова за 1897 г. Инспектор дает описание 9 больниц и 2-этапных лазаретов. Так, например, описывается глазовская больница: «...деревянная, одноэтажная, для содержания больных непригодна по удаленности от воды, ветха, холодна, печи безобразно сложены и вертхи.» Подобная характеристика дается почти всем больницам. Что касается деятельности врачей, то Воскобойников, как правило, оценивает ее положительно и многим из них объявляет благодарность. Например, объявлена благодарность за усердие во врачевании, за заботу о лечении больных, о снабжении больницы, обучение лекарских учеников Глазовскому врачу Ивану Хренову, а Сарапульскому городскому врачу Трофиму Крылову – «по отзыву больных и граждан Сарапульских».

Однако, несмотря на благоприятные в целом отзывы инспектора, очевидно, что медицинская помощь в больницах была крайне недостаточна. Описанные И.Т. Воскобойниковым больницы рассчитаны были на 95 человек. В момент инспекции в больницах находилось всего 52 пациента, что для огромной Вятской губернии может считаться каплей воды в море. Приходилось признавать, что даже имеющиеся больницы народ избегал, состояние их было таково, что редко кому удавалось выйти оттуда живым. По свидетельству очевидцев, больницы больше напоминали казематы, и часто обитателями их становились люди подневольные – арестанты и военные чины. Тем не менее население испытывало чрезвычайно большую потребность во врачевании. Вятскую Губернию, в том числе уезды нынешней территории Удмуртии, часто посещали опустошительные эпидемии. За десятилетие, с 1826 по 1836 гг., в крае было зарегистрировано умершими только от оспы более 43 тыс. человек. Особый страх вызывала холера. В дореформенный

период холерные эпидемии поразили губернию в 1830-1831 гг. и в 1847-1848 гг. смертность от холеры достигала 40-60%. По отчетам врачей Глазовского, Сарапульского уездов и часть Елабужского, Малмыжского уездов весьма распространенными среди вятских жителей были и другие заболевания: тиф, чахотка, цинга, скарлатина, глазные и желудочно-кишечные заболевания.

Трахома... Эта болезнь была настоящим бичом для удмуртов, марийцев, башкир, татар, жителей Урала, Сибири и севера России. Вереницы слепых на деревенских улицах, тощих мальчишек-поводырей, убогие рублища больных. По избам старики и старухи сидели лицами к стене, дети прятались в темных углах потому, что не могли выносить яркого света.

Вирус трахомы передавался от человека к человеку, попадал на слизистую оболочку глаз. После воспаления появлялись грубые рубцы. Веко искривлялось или вообще срасталось с глазным яблоком. Роговая оболочка теряла прозрачность, высыхала, и в результате человек становился слепым.

В Вятской губернии наиболее зараженными были Глазовский и Сарапульский уезды. Бедность, безграмотность, антисанитарные условия жизни, отсутствие врачей способствовали распространению этого тяжелого недуга.

Периодически очаги заболевания в Вятской губернии посещали светила медицины – профессора Н.И. Андогский, Е.В. Адамюк, доктора Ф.Е. Игнатьев, Шенгер и другие. Под их руководством работали глазные отряды. Они занимались санитарно-просветительной работой, старались обучить местный медперсонал диагностике и лечению больных.

Однако, трахома была до такой степени запущенной, что разовые посещения специалистов не могли повлиять на снижение заболеваемости.

В губернии отсутствовала какая-либо акушерская помощь. Высока была детская смертность. По данным сарапульского врача Х.И. Чудновского, только от «родимца» – судорожной болезни детей, случающейся от плохого содержания, ежегодно умирало до 2 тыс. младенцев в одном лишь Сарапульском уезде.

По наблюдениям врачей, причины всех болезней можно было разделить на «зависящие от плохого климата» и «зависящие от образа жизни обитателей». Х.И. Чудновский в медико-топографическом описании Сарапульского уезда отмечает весьма «благоприятные условия для распространения всевозможных заболеваний: «...загрязнение рек посредством навоза и соломы, сваливание в реки всех нечистот и палого скота. Жизнь, провожаемая в пыльных и грязных избах, в обществе домашнего скота и птиц». Особое внимание медики уделяли нравственности народа. Самой губительной привычкой населения уездов Вятской губернии они считали пьянство, повергающее людей в бедность и болезни. Уржумский уездный врач предлагал следующие меры по истреблению вредных обычаев: «... не прибегать к шар-

латанам и шептунам, не открывать крови без совета врача, не прибегать к помощи деревенских повитух, ... не курить табаку и не играть в карты женскому полу, ибо это не свойственно предназначению их в природе, причем хозяйство остается без присмотра и дети без материнского попечения».

По уровню заболеваемости и смертности уезды, входящие в Вятскую губернию были одной из самых неблагополучных в России. Население уездов на территории Удмуртии чрезмерно было поражено трахомой, оспой и кишечными заразными болезнями. Такое положение заставляло правительство и губернскую администрацию предпринимать определенные шаги в организации здравоохранения. В 1851 г. был утвержден штат врачей Министерства государственных имуществ по Вятской губернии, по которому предполагались губернский врач, три старших и три младших окружных врача. В помощь врачам определялись на волости 110 фельдшеров, а для привития оспы – 123 оспопрививателя. Многие должности подолгу оставались вакантными, а работающие врачи разъезжали по уездным городам, а фельдшера по волостям. Часто вся врачебная работа возлагалась на полуграмотных фельдшеров, от врачевания которых было больше вреда, чем пользы. Врачи, как правило, проживали в городах, и крестьяне их видели лишь при исполнении судебно-медицинских освидетельствований, воспринимая как «потрошителей с ножами и пилами». Справедливости ради следует отметить, что среди врачей Министерства государственных имуществ было немало людей, самоотверженно выполняющих свой долг. Кстати, к 1857 г. на всю Россию было всего 124 окружных врача.

В 1852 г. для борьбы с эпидемиями был создан Вятский комитет общественного здоровья, которые осуществляли свою работу через уездных врачей Глазовского, Сарапульского, Елабужского и Малмыжского уездов. Для предупреждения оспы, важное значение имело оспопрививание. Организация оспопрививания и подготовка оспопрививателей возлагалась на уездных врачей Удмуртии под руководством Вятского губернского оспенного комитета (1811-1865 гг.). Но, по мнению инспектора Врачебной управы, хотя привитие оспы силами оспопрививателей на территории Удмуртии шло довольно хорошо, оно все еще не приносило желаемой пользы. Население сопротивлялось этой мере, особенно раскольники, которые привитие оспы воспринимали как «печать антихриста».

Важнейшим показателем развития системы здравоохранения является обеспеченность населения медицинскими учреждениями и медицинскими кадрами. Численность врачей и иного медицинского персонала в Вятской губернии 1852 г. была такова: врачей Министерства внутренних дел-14, Министерства государственных имуществ – 2, Министерства императорского двора и уделов-1 вольнопрактикующих – 3, заводских-5, всего – 25; в т.ч. 7 – в г. Вятке, 2 – на Воткинском, 4 – на Ижевском и по 1 фельдше-

ру – на Бемышевском, Пудемском заводах. В среднем один врач приходился на 62 585 человек, не считая того, что 14 врачей из 25 сосредоточены были в г. Вятке и на заводах, в том числе 8 – на территории Удмуртии. В то же время 725 тысяч крестьян были предоставлены заботе 2 врачей Министерства государственных имуществ.

Однако, состояние медицинского обслуживания определялось не только численностью медицинских кадров. Сама форма организации медицины через городские больницы, окружных врачей и фельдшерские пункты не могла обеспечить население самой элементарной медицинской помощью.

До введения Земства сельское население сегодняшней Удмуртии совсем не знало ни больниц, ни врачей. Так в Глазовском уезде в весьма редких случаях для населения доступна была лишь фельдшерская медицинская помощь да оспопрививание. Перед введением Земства, в конце 60-х годов, больницы с врачами находились только в городах, всего в 3-4 горных заводах на территории Удмуртии. «Больные в уезде, кроме помощи от врача Министерства Внутренних Дел во время поездок его по делам службы, получали помощь от фельдшеров, которых в уезде 7 человек. Помощь последних не может быть своевременной уже потому, что в участок фельдшера входит до 6 волостей с населением около 30000 душ, а район его простирается на несколько сот верст. Лечебниц с фельдшером в уезде две – в волостях Лековаевской ныне и Нижнеуканской, поблизости от города. Состояние их не блестяще, средств они никаких не получают, кроме общественной квартиры и медикаментов, высылаемых Министерством Государственных Имуществ».

Если же к этому добавить помощь врача и фельдшера городской больницы, мы получим общее представление о средствах обеспечения народного здоровья.

Расходовалось приказом на помощь населению: 35 оспопрививателям – 595 руб., 7 фельдшерам в уезде – 210 руб., на содержание городской больницы – 2490 руб., в том числе городскому врачу – 257 руб. и фельдшеру – 84 руб., а всего 3295 руб. Что касается расходов на медикаменты, то определить их довольно трудно, т.к. приобретались они по распоряжению Министерства Государственных Имуществ и военного интендантства. Приблизительно же, предполагая каждому фельдшеру по 75 руб., получим 675 руб. и столько же на городскую больницу, а всего на медицинскую часть – 4645 руб.

Городская больница содержалась на 15 кроватей и помещалась на наемной квартире за плату в 275 руб. в год. Медицинский персонал состоял из врача и 2 фельдшеров. При 15-ти штатных кроватях в 1867 году порой лечилось в больнице до 50 больных.

При осмотре больницы установлено, что « в арестантском отделении помещения тесно, мало воздуха, что дурно отзывается на успехах лечения; в палате для тифозных больных и скорбутных – воздух до того испорчен, буд-

то бы от бывшего под полом ретирального места, что опасно входить не рискуя заразиться тифозными бациллами. Приходилось отказывать больным по недостатку места. Население чуждается больницы вследствие значительной платы за лечение – 6 руб. в месяц, хотя бы больной лежал два дня.

К обязательному открытию больниц во всех городах было приступили с 1811 года, после издания положения 3 июня о внутренней страже.

К 1813 году в городах на территории Удмуртии уже насчитывалось 5 из 10 больниц Вятской губернии. К этим годам относится открытие и Глазовской больницы. Она находилась в ведении Приказа общественного призрения. Передача ее в земство состоялась 1 августа 1867 года.

Таким образом, зарождающаяся государственная форма управления здравоохранением не могла активно содействовать организации общественного здравоохранения. Для оказания медицинской помощи рабочим, городским больным при заводах создавались госпитали, организованные городской управой, но они располагали очень скудными средствами, поэтому медицинскую помощь оказывали за высокую плату.

Литература

1. Бехтерев В.М. Вотяки, их история и современное состояние // Сарапул. 1880. 247 с.
2. Васильев И.В. Обзорение языческих обрядов, суеверий и верований вотяков Казанской и Вятской губерний // Казань. 1906. 273 с.
3. Верещагин Г.Е. Этнографические очерки. Часть 1. // Ижевск 1996. 347 с.
4. Верещагин Г.Е. О народных средствах врачевания в связи с поверьями // Сарапул. 1898. 115с.
5. Добронравов А.К. Сарапульская земская больница за 25 лет ее существования // Сарапульский уездный земский сборник. 1892. № 7
6. Латышев Н.Н. Удмурты накануне реформы 1861 г. // Ижевск: Удмуртгосиздат. 1939. 184 с.
7. Луппов П.Н. Христианство у вотяков со времени первых исторических известий до 19 века/ СПб. 1899
8. Магницкий В.С. Поверья и обряды в Уржумском уезде Вятской губернии // Календарь Вятской губернии. Вятка. 1894
9. Савельев В.Н, Гасников В.К., Шадрин С.Г. Становление и развитие здравоохранения Удмуртской республики // Ижевск: Вектор. 1996. 331 с.
10. Талиев А.Н. Организация народной медицины Вотобласти в дореволюционное время // 1924.
11. Тепляшин А.П. О слепых, наблюдавшихся в Глазовской земской больнице в 1882-1887 гг. // Казань. 1889.

ОСНОВАТЕЛИ СИСТЕМЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВЕЛИКОБРИТАНИИ: ДЖ. СИМОН ИЛИ Э. ЧЕДВИК?

Е.К. Склярлова, О.Н. Камалова

Ростовский государственный медицинский университет

THE FOUNDERS OF THE PUBLIC HEALTH SYSTEM OF GREAT BRITAIN: J. SIMON OR E. CHADWICK?

E. K. Sklyarova, O.N. Kamalova

Rostov State Medical University

Аннотация: на основе сравнительного метода исследования предпринята попытка сравнить вклад в становление системы общественного здравоохранения Великобритании двух реформаторов – Э. Чедвика и Дж. Симона. В период Крымской войны коррупция стала фактором неза заслуженной отставки Э. Чедвика, вклад которого в становление здравоохранения и социальной политики Британии был признан спустя столетия.

Abstract: On the base of comparative method, the authors tried to compare the contribution of two reformers – E. Chadwick and J. Simon to the rise of the public health system of Great Britain. During the Crimean War, corruption became the factor of gratuitous resignation of E. Chadwick, the contribution of whom to the rise of the public health and social policy of Great Britain professed after centuries.

Ключевые слова: Э. Чедвик, Дж. Симон, общественное здравоохранение, социальная политика, Великобритания, Крымская война.

Key words: Edwin Chadwick, J. Simon, public health, social policy, Great Britain, Crimean War.

Становление системы общественного здравоохранения Великобритании – объект изучения зарубежных и российских исследователей. В имеющихся работах содержится ряд спорных вопросов о её основоположниках. Социальные идеи Э. Чедвика и Дж. Симона не сравнивались с позиций их вклада в становление системы здравоохранения, как основы социальной политики Британии в эпоху урбанизации. Проблема не достаточно исследована в России, поскольку не являлась специальным предметом изучения англоведов и историков медицины.

Реформаторская деятельность Э. Чедвика вызвала острые дискуссии среди викторианцев и последующих исследователей. Немецкий учёный И. Редлих подчеркнул его роль, как решающей фигуры для всей английской административной реформы [Редлих 1907: 157]. Английский историк Р. Льюис констатировал, что Э. Чедвик был «сердцем и умом движения за

общественное здравоохранение» [Lewis 1956: 21, 372]. Американский учёный Э. Брандаж назвал его «пруссский министр» за его централизаторские тенденции, характерные для системы управления и кодекса Пруссии, но противоречившие принципу невмешательства во внутренние дела Великобритании [Brundage 1988]. В исследованиях российских учёных реформатор представлен, как выдающийся утилитарист, «подарок России и Великобритании» [Склярова, Котова 2010: 5].

Однако при жизни Э. Чедвика в разгар Крымской войны (1853 – 1856) «Экономист» цинично подчёркивал, что «существует одна нация в Европе, где он был бы бесценен... его свобода действий совершила бы благотворную революцию; где почти всё требует изменений, где люди – рабы и добровольные невольники... В войне, в которой мы вовлечены, мы надеемся уничтожить Кронштадт, взять Севастополь, революционизировать Грузию... но, когда мы сделаем это, мы верим, что дадим России равноценный эквивалент всего того, что завоюем у неё, и в случае заключения мира сделаем ей подарок в лице мистера Чедвика, чтобы реформировать её коррумпированную разросшуюся бюрократию» [Economist 1854]. Газета «Таймс» летом 1854 г. иронично назвала его «Маркиз Карабас» за попытки реформировать принципы внутренней политики Великобритании [TheTimes 1854].

Кем же был этот реформатор и почему олигархи Лондона хотели преподнести его в качестве подарка России? И почему создателя системы общественного здравоохранения, прожившего 90 лет, «благодарные» англичане уволили, отправив его на пенсию на пике его карьеры в возрасте 54 лет?

В 1830 – 1840-х гг. Э. Чедвик стал инициатором проведения санитарного обследования Великобритании. В отчётах он указал на деморализующий эффект обеспечения пособием трудоспособных бедняков, необходимость уменьшения издержек общества на их обеспечение, а также на «вытекающую из их положения моральную низость, которая несёт с собой порок, преступления и болезни» [Report 1834: 7]. Обследования 1839 – 1842 гг., проводившиеся под его руководством, собрали материал, отражающий антисанитарное состояние городов Британии. «Отчёт министру внутренних дел членов Комитета по закону о бедных или расследование санитарных условий жизни рабочего населения Великобритании» первоначально был опубликован за собственный счёт Э. Чедвика. Парламент впервые получил его в июне 1842 г. Э. Чедвик констатировал, что в тех регионах, где санитарные проблемы решаются эффективно, снижается уровень заболеваемости и смертности, а, выполнив рекомендации отчёта, Британия сможет достигнуть уровня Швеции по продолжительности жизни. Статистические данные указывали, что на каждого умершего по возрасту или от насилия приходилось 8 умерших от болезней. Почти каждый из 3-х младенцев Англии не доживал до 5 лет. Впервые было предложено ведение должности санитарного врача,

закона о здравоохранении городов [Report 1842]. «Впервые высказывалась идея о назначении санитарного врача, независимого от частной практики» [Гутиева 2015: 19]. Отмечалось, что болезни стали характерны «для грязных кварталов, где проживали рабочие и мигранты из сельских округов, а также Ирландии и Шотландии» [Макарова 2014: 69]. Главной заслугой Э. Чедвика явилось то, что он впервые указал на общественное здравоохранение, как на центральную проблему государства.

В период взлёта его деятельности в 1839 г. Э. Чедвик женился. Его женой стала Р. Кеннеди. Вскоре в семье появилось двое детей. Сын Чедвика – Осберт стал инженером, а дочь Мэрион – одним из лидеров движения за женские права.

В феврале 1845 г. при открытии сессии парламента королева Виктория впервые провозгласила, что меры, способствующие здравоохранению, станут предметом заботы её Величества [H.P.D. 1845. с.4]. Впервые в истории Британии правительство заявило о включении билля о здравоохранении городов в законодательную программу. В 1848 г. был принят первый «Акт об общественном здравоохранении, 1848», который распространялся на Англию и Уэльс, за исключением Лондона. Закон устанавливал право государства вмешиваться в частные интересы предпринимателей для охраны общественного здоровья, положив начало новой сфере социальной политики. Впервые вводился новый термин – «здравоохранение городов», на смену которому пришло «общественное здравоохранение» [PublicHealthAct, 1848: 63].

В этот период в 1848 г. в странах Европы прошла серия революций, изменивших государственный строй. Э. Чедвик отрицательно относился к митингам, считая, что положение рабочих можно изменить путём санитарных реформ, а стачки нарушают общественный порядок. Он указывал, что чартизм мог появиться среди жителей трущоб. В письме Ч. Роувану он писал, что «канализация более необходима, чем чартистские митинги». Следя за политическими событиями, Э. Чедвик отмечал значимость реформы общественного здравоохранения, указывая, что «Англия избежала революционных потрясений и достигла улучшения физического состояния населения» [Lewis 1852: 46 – 48, 188].

Но общественное здравоохранение, как новая сфера управления, став оплачиваемой, превратилась в арену столкновения амбиций. Критика патронажной системы назначения на должности родственников стала актуальной для Британии. Например, Г. Аустин занял должность секретаря Генерального совета здравоохранения, хотя эту должность хотел в своё время, получить соратник Э. Чедвика доктор С. Смит. Г. Аустин был родственником Ч. Диккенса, начиная свою деятельность в качестве инженера. В дальнейшем он стал главным инженером Генерального совета здраво-

охранения. С. Смит после принятия «Акта о погребениях в метрополии, 1850» занял официальное положение в совете, получая постоянное жалование и отказавшись от частной практики. Ч. Маколей, племянник историка Ч. Тревельяна, стал помощником секретаря. Критике подверглась и Палата Генерального регистратора во главе с Т. Листером. Будучи одновременно родственником министра внутренних дел лорда Расселла и лорда Кларедона, он, по мнению Р. Льюиса, «мало разбирался в медицинской статистике» [Lewis 1852: 31]. Первый Генеральный регистратор критиковался Э. Чедвиком, считавшим, что тот ничего не сделал для системы регистрации, являясь классическим продуктом патронажной системы вигов, назначающих на должности родственников [Goldman: 280]. «Составление отчётов поручалось будущему выдающемуся английскому санитарному статистику – Уильяму Фарру» [Склярова 2010: 45]. Он выполнял в Палате Генерального регистратора основную работу. Медицинское образование он получил в Париже, Лондоне, Нью-Йорке, посвятив 40 лет своей жизни развитию санитарной статистики.

В период «Крымской войны 1853 – 1856 гг. коррупция в Великобритании привела к незаслуженной отставке» Э. Чедвика [Харламов 2016: 1228]. В разгар войны «в прессе Великобритании отмечалось стремление этой империи захватить российские территории Причерноморья, а также критиковались реформы и деятельность основателя системы общественного здравоохранения Э. Чедвика, от которого хотели избавиться члены парламента и олигархи Лондона в силу его радикальных реформ и британской коррупции» [Склярова 2017: 24].

Во время чтения билля о продлении полномочий Генерального совета здравоохранения лорд Сеймур предвзято выступил против. Заслуги Э. Чедвика по созданию системы здравоохранения были забыты. Лорд назвал его «централистом, желавшим уменьшить свободу в английском государстве», возражая против финансирования Генерального совета здравоохранения, призывая парламент «уволить Чедвика». Его поддержал член парламента Б. Холл, подчёркивая невозможность контролировать «причудливую и экстравагантную деятельность» доктора Смита и Э. Чедвика, получив после отставки Э. Чедвика пост президента Генерального совета здравоохранения [H.P.D. 1854: 982 – 1307]. «Торгово-промышленные классы, получившие в свои руки власть, ещё не созрели для его прогрессивных идей» [Склярова 2010: 54].

Королевское и государственное признание пришло к Э. Чедвику спустя 35 лет после его отставки. В 1889 г. пресса описала торжественную церемонию, посвящённую государственному признанию заслуг Э. Чедвика [Illustrated London News 1889]. Отныне он стал сэром Чедвиком! Лорд Эбрингтон добился принятия этого решения на государственном уровне при поддержке Британской медицинской ассоциации и королевы Виктории. Окружён-

ный своими друзьями и единомышленниками, постаревший реформатор, на склоне лет удостоился этой чести. Банкет по этому случаю был подготовлен «Ассоциацией санитарных инспекторов Великобритании». Поздравительные письма поступили от герцогов Вестминстера и Бедфорда, лорда Челмсфорда, сэра Р.Ролинсона, доктора Адлера и др. Признание было запоздалым, но указ королевы долгожданным, заслуженным, приятным и относительно своевременным. Через год 6 июля 1890 г. сэр Эдвин Чедвик скончался в возрасте 90 лет.

Утилитаристские идеи Э. Чедвика привели к обоснованию викторианской реформы здравоохранения городов. Рост смертности населения, эпидемий, их зависимость от последствий урбанизации стали объектом парламентских отчётов, медицинских и статистических исследований, а также пакета новых законов. В XXI в. имя Эдвина Чедвика впервые по праву заняло своё место на страницах учебников по «Истории медицины» в России [Склярова, Жаров 2014: 295].

Менее острые дискуссии характерны в отношении первого санитарного врача Сити – Дж. Симона. Бывший член «Ассоциации здравоохранения городов» проработал на этом посту в 1848 – 1854 гг. В отличие от Э. Чедвика его деятельность получила сразу же национальное признание. Его назначили на этот пост по причине не принадлежности к команде Э. Чедвика [Lambert 1963]. После работы санитарным врачом Сити Лондона его назначили на более высокую должность санитарного врача здравоохранения Великобритании. После этого имя Э. Чедвика до XX в. исчезло из объективных научных исследований. Сын французских мигрантов и влиятельного бизнесмена Сити, не критиковал британских олигархов и членов парламента, и смог добиться признания в Лондоне, а затем и во всей Британии.

В российских исследованиях его фамилия пишется не точно, как Саймон [Венгрова 1970: 93; Склярова 2006: 197, Сорокина 2008: 468]. Однако учёные Оксфорда подчёркивают французские корни эмигранта, необходимость писать его фамилию, как Симон. Л. Гольдман назвал его «ключевым руководителем» «средневикторианской администрации» здравоохранения [Goldman 2002: 30].

Эдвин Чедвик и Джон Симон стали основателями системы общественного здравоохранения Великобритании. В своих работах реформаторы развивали идею Дж. Бентама о создании Министерства здравоохранения [Харламов 2014: 60]. Санитарный врач Сити настаивал на «лицензировании медицинской деятельности, обязательности выполнения предписаний закона, научного подхода к решению проблем, введения Министерства здравоохранения и поста министра здравоохранения». Спустя много лет «идея о создании Министерства здравоохранения и соответствующих полномочиях министра здравоохранения была представлена Э. Чедвиком

на Международном конгрессе по вопросам гигиены в 1878 г.» [Склярова 2011: 68, 156].

Таким образом, сравнительный анализ деятельности основоположников системы общественного здравоохранения Великобритании в эпоху урбанизации доказывает необходимость переоценки исторической роли Э. Чедвика, включения его имени в учебники по истории медицины. В XX – XXI вв. деятельность Э. Чедвика, его вклад в становление общественного здравоохранения получило международное признание. Его заслуги по праву признаны в Великобритании, США, Германии, России. Комплексный анализ проблемы общественного здравоохранения подчёркивает необходимость привлечения к исследованию этих процессов историков медицины и англоведов. Деятельность Э. Чедвика и Дж. Симона способствовала уменьшению уровня смертности и заболеваемости, заложила основы общественного здравоохранения и социального законодательства, доказала необходимость социальной политики. Новая система общественного здравоохранения став частью викторианской культуры, сохранила здоровье английской нации, превратилась в фундамент Министерства здравоохранения Великобритании. На основе английского опыта общественное здравоохранение стало неотъемлемым элементом здравоохранения городов мира.

Литература

1. Редлих И. Английское местное управление. СПб., 1907. С. 157.
2. Lewis R. A. Edwin Chadwick and the Public Health Movement 1832–1854. L., 1952. P. 21, 31, 46–48, 372.
3. Brundage A. England's «Prussian Minister». Edwin Chadwick and the Politics of Government Growth, 1832-1854. L., 1988.
4. Economist, 1854. Aug. 5.
5. TheTimes. 1854. July 8.
6. Склярова Е.К., Котова Т.А. Эдвин Чедвик – создатель системы общественного здравоохранения. Подарок России или Великобритании. Ростов н/Д, 2010. С. 5.
7. Report from Commissioners for Inquiry into the Administration and Practical Operation of the Poor Laws // P.P. 1834. Vol. XXVII. P.7.
8. Report of the Poor Law Commissioners to the Secretary of State or an Inquiry into the Sanitary Condition of the Laboring Population of Great Britain // P.P. 1842. Vol. XXVI.
9. Гутиева М.А., Склярова Е.К. Сравнительный анализ социальных реформ России и Великобритании в первой половине XIX века // Гуманитарные и социальные науки. 2015. № 1. С. 19.
10. 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.
11. H.P.D. 3-rd Series. 1845. Vol. LXXVI. c.4.
12. Public Health Act, 1848 // 11 & 12 Vict. c. 63.
13. Goldman L. Science, Reform and Politics in Victorian Britain. The Social Science Association 1857 – 1886. Cambridge, 2002. P. 30, 280.

14. Склярова Е.К. Становление статистической системы Великобритании в первой половине XIX века // Гуманитарные и социальные науки. 2010. № 6. С. 45.
15. Харламов Е.В., Склярова Е.К. // Проблемы деонтологии и утилитаризма в генезисе общественного здравоохранения // Научно-методический электронный журнал Концепт. 2016. Т. 15. С. 1228.
16. Sklyarova E.K. Crimean War and Establishment of Public Health System in Great Britain // Научный альманах стран Причерноморья. 2017. № 1 (9). С. 24.
17. H.P.D. 3-rd Series. 1854. Vol. CXXXIV. с. 982 – 1307.
18. Склярова Е.К. Эдвин Чедвик: превентивная идея и общественное здравоохранение // Гуманитарные и социальные науки. 2010. № 2. С. 54.
19. Illustrated London News. 1889. March 23.
20. Склярова Е.К., Жаров Л.В. История медицины. Ростов н/Д: Феникс, 2014. С. 295.
21. Lambert R. Sir John Simon, 1816–1904 and the English Social Administration. L.: Macgibbon&Kee, 1963.
22. Венгорова И.В. Из истории социальной гигиены в Англии XIX века. М., 1970. С. 93.
23. Сорокина Т. С. История медицины. М.: «Академия», 2008. С. 468.
24. Склярова Е.К. Доктор Саутвуд Смит: санитарная идея и становление системы общественного здравоохранения / Человек второго плана в истории. Вып. 3: Сборник науч. статей. Ростов н/Д: РГУ, 2006. С. 197.
25. Склярова Е.К. Урбанизация, социальная реформа и здравоохранение Великобритании в первой половине XIX века. Ростов н/Д: ИПО ПИ ЮФУ, 2011. С. 68, 156.
26. Харламов Е.В., Склярова Е.К., Киселёва О.Ф. Деонтология жизни. Ростов н/Д, 2014. С. 60.
27. Пашков К.А., Слышкин Г.Г., Чиж Н.В. Проблема морального выбора в коммуникативном пространстве медицинского музея // Роль медицинских вузов в подготовке медицинских кадров: исторические аспекты. Иркутск: Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии Сибирского отделения РАМН, 2016. С. 524-527.

ИСТОКИ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ

Терешкина О. В.

Тульский Государственный университет, Медицинский институт

BACKGROUND MEDICAL ETHICS

Tereshkina O. V.

Tula State University, Medical Institute

Аннотация: общественный характер деятельности врача В.И. Смидовича оказал непосредственное влияние на медико-этическую составляющую творчества врача-писателя В. В. Вересаева.

Ключевые слова: общественная роль врача, врач-писатель, врачебная этика.

Abstract: the public nature of the activities of the doctor, V.I., Smidovich had a direct impact on medicationsbuy component of the art of the doctor-writer V.V. Veresaev.

Key words: social role of a doctor, medical writer, medical ethics.

Ярким представителем врачебного сообщества Тульской губернии конца XIX века был В.И. Смидович (1835-1894 гг.). Он стал инициатором изучения профессиональной медицины в Туле: во всех исследованиях прослеживал влияние среды и профессиональных факторов на здоровье и возникновение профессиональных заболеваний, одним из первых занялся медико-санитарной статистикой, принимал активное участие в организации в Туле бесплатной лечебницы для приходящих больных, основал и возглавлял санитарно-исполнительную комиссию. Все исследования, аналитические разработки В.И. Смидовича были направлены на улучшение санитарного состояния города, увеличение продолжительности и повышение качества жизни населения. В.И. Смидович был в первую очередь общественным деятелем: «гласный Городской Думы, призванное компетентное лицо, добровольный учёный, не покладая рук работал целую жизнь на пользу местного общества. Нет ни одной медико-санитарной меры проведённой в Туле (в 60 – 90-х гг. XIX века, прим. авт.), которая не была бы инициирована или разработана В.И. Смидовичем». Не только жизнь, но и смерть В.И. Смидовича была «этическим аргументом» врачебной профессии.

Отношение к роли врача в обществе, заложенное В.И. Смидовичем, выразилось в творчестве одного из его сыновей, ставшего ключевой фигурой отечественной биоэтики – талантливого русского писателя, литературного критика, переводчика, врача и общественного деятеля В. В. Вересаева (Смидовича) (1867-1945 гг.), автора «особого» произведения – «Записки врача», в котором затронуты разнообразные вопросы врачебной этики и деятельности.

В.В. Вересаев писал об отце: «Таков он был. И до последних дней он кипел, искал, бросался в работу, жадно интересовался наукою, жалел, что для нее так мало остается у него времени. Когда мне приходилось читать статьи и повести о засасывающей тине провинциальной жизни, о гибели в ней выдающихся умов и талантов, мне всегда вспоминался отец: отчего же он не погиб, отчего не опустил до обывательщины, до выпивок и карт в клубе? Отчего до конца дней сохранил свою живую душу во всей красоте ее серьезного отношения к жизни и глубокого благородства?».

Врачебная этика имеет свои характерные черты и особенности в разных исторических периодах. Аналогично тому, как вся русская философия «взаимопророчена» с литературой (великие русские философы Ф.М. Достоевский, Л.Н. Толстой, В.В. Розанов, Хомяков А.С.), так и многие идеи русской врачебной этики конца XIX начала XX вв. были сформулированы и заложены практикующими врачами-писателями. «Важная особенность отечественной традиции врачебной этики заключается в том, что ее проблемы нередко ставились в литературе. В этой связи должны быть упомянуты имена А.П. Чехова и В.В. Вересаева, которые, как известно, были практикующими врачами».

В повести «Записки врача»¹ В.В. Вересаевым чётко обозначена общественная роль врача, имеющая непосредственное отношение к жизни в профессии и конкретным трудам отца («Материалы для описания г. Тулы: санитарный и экономический очерк» (1880), «Влияние местности и занятий на физические качества призывных Тульской губернии: призывы 1879 и 1880 гг.», «О насильственных и случайных смертях в Тульской губернии за 1879-1884 гг. сравнительно с другими губерниями Европейской России», «Результаты переписи гор. Тулы, произведенной 29 ноября 1891 года»). Результаты деятельности В. И. Смидовича привели к формированию у В. В. Вересаева представлений о главной задаче медицины: «Все яснее и неопровержимее для меня становилось одно: медицина не может делать ничего иного, как только указывать на те условия, при которых единственно возможно здоровье и излечение людей; но врач, – если он врач, а не чиновник врачебного дела, – должен прежде всего бороться за устранение тех условий, которые делают его деятельность бессмысленною и бесплодною; он должен быть общественным деятелем в самом широком смысле слова, он должен не только указывать, он должен бороться и искать путей, как провести свои указания в жизнь».

В.И. Смидович создал воспитательную и образовательную среду (всего в семье Смидовичей родилось 11 детей), которая повлияла на мировоззрение В.В. Вересаева, сформировала его философию медицины, его отношение к здоровью, жизни и смерти, повлиял своими медицинскими изысканиями и отношением к такой «высокоцитимой науке», как медицина, на «социальную заостренность его творчества». Помимо «Записок врача», это в полной мере отразилось в знаковых и любимых самим автором произведениях: повести «Без дороги», очерке «Подземное царство», литературно-философском исследовании «Живая жизнь», записках «На войне» (о состоянии и организации врачебной помощи раненым в Русско-японской войне 1904–1905 гг.).

Ещё одна параллель между врачебной деятельностью В. И. Смидовича и получением профессиональных медицинских знаний В. В. Вересаевым касается его работы «в Петербурге сверхштатным врачом в барачной больнице имени С. П. Боткина... Идея создания больницы для неимущего населения на средства Общества русских врачей была подхвачена в ряде городов. На таких же основах была открыта больница в Туле отцом писателя – Викентием Игнатъевичем Смидовичем». Устройство лечебницы для приходящих

¹ Основополагающее произведение отечественной медицинской этики, что доказано его популярностью: только при жизни писателя издавалось 14 раз, не считая журнальной публикации, широко издавалось за границей, включая Японию. Впервые было опубликовано в журнале «Мир божий» (1901, № 1-5). Задумывая «Записки врача» (1895–1900), Вересаев собирался назвать повесть «Дневник студента-медика» и настойчиво возражал против восприятия этой книги как чисто художественного произведения: «сухое описание опытов, состоящее почти сплошь из цитат, занимает в моей книге больше тридцати страниц».

больных Общества тульских врачей (1864), директором которой В.И. Смидович был в течение 8 лет, а ординатором (платным или добровольным) почти всю жизнь, в которой были организованы «подавание врачебных советов и пособий больным всякого звания и сословия», «ее организация, изыскание средств, возбуждение пожертвований, когда существование ее висело на волоске, устройство при ней первоначальной аптеки – дела, в которых большая часть труда принадлежала В.И. Смидовичу».

Звеном в цепи формирования традиций русской врачебной этики писателем-врачом В.В. Вересаевым, «отстаивание и пропагандирование своей точки зрения не только путем споров с критиками-оппонентами», стал его собственный перевод с немецкого языка работы «Врачебная этика. Обязанности врача во всех проявлениях его деятельности» терапевта Альберта Молля (1903), В.В. Вересаев был так же редактором и автором предисловия (на немецком языке книга А. Молля вышла в 1901 г., то есть одновременно с публикацией «Записок врача» В.В. Вересаева в журнале «Мир божий», в том же году В.В. Вересаев вел переговоры об участии в «Сборнике рассказов и очерков об условиях жизни и деятельности фельдшеров, фельдшерниц и акушерок». Таким образом, именно русский врач и писатель В.В. Вересаев сформулировал «запрос на биоэтику».

Литература

1. Гейзер И. М. В.В. Вересаев. Писатель и врач. М.: Медгиз. 1957. 148 с. С. 16.
2. Отчёт о деятельности Общества тульских врачей за 1894–95 гг. С включением отчета городской лечебницы Общества тульских врачей за 1894 г. Посвящается памяти члена учредителя В.И. Смидовича; Тула: тип. Е.И. Дружининой; 1895. С. 12–22.
3. Яровинский М.Я. Лекции по курсу «Медицинская этика» (биоэтика). 3-е изд. испр. и доп. М.: Медицина. 2004. 528 с.
4. Михайловска-Карлова Е.П. В.В. Вересаев: к истокам биоэтики // Актуальные вопросы истории медицины и здравоохранения. Научно-практический журнал. М.: 2015. 240 с. С. 122 – 124.
5. Терёшкина О. В. Страницы истории здравоохранения Тульской губернии второй половины XIX века: В.И. Смидович // История медицины. М. 2016. Изд. Первого МГМУ им. И. М. Сеченова. Т. 3. № 2. С. 83-95.

ФАЛЬСИФИКАЦИЯ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ В РОССИИ: ПОПЫТКИ ЗАКОНОДАТЕЛЬНОГО РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ (КОНЕЦ XIX- НАЧАЛО XX ВЕКА)

Е.В. Шерстнева

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

ADULTERATION OF FOODS IN RUSSIA: ATTEMPTS AT LEGISLATIVE SOLUTIONS TO THE PROBLEM (THE END OF XIX – BEGINNING OF XX CENTURY)

E.V. Sherstneva

National Institute of public health name N.A. Semashko, Moscow

Резюме: фальсификация продуктовых изделий на внутреннем рынке России в конце XIX-начале XX вв. получила широкое распространение, создавая угрозу общественному здоровью и нанося ущерб экономике страны. С конца XIX в. предпринимались попытки борьбы с этим явлением, что привело к разработке в начале XX в. специального закона, регламентировавшего данный вопрос.

Ключевые слова: фальсификация, продукты питания, врачебно-санитарное законодательство, Комиссия Г.Е. Рейна.

Summary: Adulteration of food products on the domestic market of Russia in the late XIX-early XX centuries is widespread, threatening public health and damaging the economy. Since the late nineteenth century, attempts were made to combat this phenomenon, which led to the development in the beginning of XX century a special law regulating this issue.

Key words: adulteration, food, medical-sanitary legislation, the Commission G. E. Rhine.

Проблема качества продуктов питания в России в настоящее время чрезвычайно остра, об этом свидетельствует принятие ряда нормативных актов, в частности «Доктрины продовольственной безопасности» (2010 г.), «Стратегии повышения качества пищевой продукции до 2030 г.» (2016 г.) и других. Это определяет интерес к истории данного вопроса, и в частности к попыткам законодательного решения проблемы фальсификации продуктов питания. Несмотря на то, что современные исследователи проявляют интерес к истории организации санитарно-пищевого надзора в Российской империи, юридической стороне вопроса уделено мало внимания.

В медицинском профессиональном сообществе России на рубеже XIX-XX вв. все чаще поднималась проблема низкого качества продуктовых изделий. С одной стороны, в условиях роста их промышленного производства

и торговли при слабой организации санитарного контроля это становилось значимым фактором заболеваемости и эпидемического неблагополучия. Нелучайно попытки решения этой проблемы в начале XX в. осуществлялись в рамках реформирования врачебно-санитарного законодательства. С другой стороны, нельзя отрицать и того, что проблема эта затрагивала экономические интересы страны в связи с ограничением экспорта продуктов в страны Европы, где существовали жесткие требования к их качеству. Одной из важных сторон этой проблемы являлась фальсификация продуктовых изделий. Распространение данного явления стимулировалось ростом конкуренции среди производителей и торговцев при слабости санитарно-пищевого надзора, развитием химии и технологии.

Уже в конце XIX вв. фальсификация приобрела небывалый размах. И если ориентированные на экспорт производители были поставлены в жесткие рамки международных требований, то на внутреннем рынке России для фальсификаторов, как отечественных, так и зарубежных, имелось широкое поле деятельности, поскольку даже в начале XX в. специального закона, регламентирующего вопросы качества продуктов питания, не существовало. На этот счет имелись лишь отдельные указания в Уставе врачебном, Уставе продовольственном, Уставе акцизных сборов, Уставе сельского хозяйства, Своде губернских учреждений, Городовом и Земском положениях, Уставе о наказаниях, Уголовном уложении.

Так, в Уставе врачебном 1905 г. статьи с № 659 по № 668, касающиеся доброкачественности продуктов питания, содержали лишь самые общие предписания, запрещая продавать съестные припасы и напитки в «испортившемся» или «вредном для здоровья» виде, без конкретизации [1, т. XIII, с. 259]. В общих чертах те же требования были представлены в «Уставе о наказаниях, налагаемых мировыми судьями» в статьях 115, 1151, 1152, 1153, 116. Наказание назначалось в виде денежного штрафа (от 50 до 300 рублей). [1, т. XV, с. 222-223]. Законом преследовались следующие виды подделки продуктов: разбавление пива водой или другими веществами, смешение пива разных производителей; смешение маргарина или иных жиров с коровьим маслом с целью торговли; подделка чая (подмешивание в него различных веществ) [2, с.3]. Однако определения понятия «фальсификат» в законе представлено не было, не употреблялся и сам термин, а из контекста следовало, что деяние это квалифицировалось как мошенничество.

Эти немногочисленные законоположения дополнялись циркулярными распоряжениями Министерства внутренних дел, основанными на заключениях Медицинского совета. Например, неоднократно издавались циркуляры, предусматривавшие меры против фальсификации коровьего масла, против подделки натуральных напитков с помощью сахарина и красителей [3, с. 479-490]. Постановления эти носили довольно случайный характер и

основывались, главным образом, на научной западноевропейской литературе. Вследствие отсутствия у Медицинского совета собственной лаборатории [4, с. 29-30] местные приемы фальсификации долгое время оставались вообще без изучения.

Надзор за доброкачественностью продуктовых изделий в России, согласно Уставу врачебному, возлагался на правительственных врачей, полицию, на врачей, подведомственных земским и городским самоуправлениям. Однако устройство специальных испытательных лабораторий не было предусмотрено российским законодательством. Правительственные врачи, по закону, могли использовать с целью анализа пищевых веществ в случае отравления ими аптечные лаборатории, мало пригодные для подобных исследований. Даже высшее учреждение в империи – Медицинский совет, дававший заключения по вопросам регламентации торговли съестными припасами, как уже было сказано, не имел собственной лаборатории и пользовался услугами различных учреждений.

В России систематическое исследование продуктов питания было инициировано, прежде всего, санитарными станциями и аналитическими лабораториями городских самоуправлений. Однако заметных результатов в изучении способов фальсификации и борьбе с ней удалось достичь лишь городским врачебно-санитарным организациям столиц, в штате которых состояли специальные торгово-санитарные врачи и с которыми сотрудничали видные специалисты в области гигиены и химии, профессора Московского университета и Военно-медицинской академии, сумевшие поставить работу городских лабораторий на уровень серьезных научных исследований.

Московскую городскую санитарную станцию, открытую в 1891 г. при Гигиеническом институте Московского университета, возглавил профессор гигиены Ф.Ф. Эрисман. Исследование пищевых продуктов стало одним из основных направлений ее деятельности. Ф.Ф. Эрисман разработал план деятельности станции, классифицировал продукты исследования, определил способы доставки на станцию проб, методы их анализа, занялся разработкой проектов обязательных санитарных постановлений городской думы. Ф.Ф. Эрисман предлагал властям ужесточить ответственность за производство и продажу недоброкачественной, в том числе фальсифицированной, продукции. Однако, видимо, слабо надеясь на это, в качестве альтернативы он предлагал «опубликование фамилий тех лиц, которые замечены в нарушении этих постановлений», придавая этой мере «высокое воспитательное значение» [5, с. 51].

Московская городская санитарная станция занималась, прежде всего, санитарной оценкой продуктов питания, но не менее важным было исследование продуктов на предмет фальсификации и разработка методов ее обнаружения. Предпринятое в 1892 г. изучение показало, что фальсификация

продуктов на московских рынках стала рядовым явлением. О ее масштабах может свидетельствовать, к примеру, тот факт, что из 9 взятых на проверку станцией в московских магазинах проб кофе лишь одна была оценена положительно. Остальные 8 проб обнаружили поддельный продукт, где в качестве примесей выступали цикорий, винные ягоды, дубовые желуди, свекла, спитой кофе. Имели место даже случаи подделки цельных кофейных бобов [5, с. 440-442].

Сотрудниками станции под руководством Ф.Ф. Эрисмана были разработаны таблицы химических составов самых разнообразных пищевых веществ, а также их суррогатов, что значительно облегчало обнаружение фальсифицированных продуктов. Станция предпринимала систематические масштабные исследования ряда продуктовых изделий и напитков. В период с 1891 по 1896 г. производились массовые исследования молока, доставляемого в домовладения, молочные лавки, на рынки. Результаты оказались удручающими. Если молоко от молочниц, доставляемое на дом, оказывалось фальсифицированным в 7% случаев, то продававшееся на Хитровом рынке – в 100% случаев. В качестве примеси выступала не только вода, но и крахмал, рыбий клей, растительное масло и даже бараньи мозги. В целом по Москве фальсификация молока достигала 40%. Чай, исследованный московской лабораторией в 1892 г., оказался фальсифицированным в 42% случаев, в 1896 г. – в 37% (в качестве примеси чаще всего выступал спитой чай, а 12% проб и вовсе не содержали листьев чайного дерева) [2, с. 20].

В 1903 г. на станции, уже под руководством проф. С.Ф. Бубнова, было произведено изучение топленого коровьего масла, поставляемого на рынки Москвы (329 проб). Результаты показали, что более 43% этой продукции было фальсифицированным. В качестве примесей выступали сало, маргарин, растительное, в том числе и кокосовое, масло и др. Источниками поступления такого масла в продажу являлись не только маслотопенные, но даже мыловаренные и свечные заводы. С.Ф. Бубнов, отражая в своем отчете эти вопиющие факты, предлагал составить список фирм, занимающихся производством и торговлей маслом, и подвергать их систематическому контролю [6, с. 73-74].

Исследования топленого и сливочного, а также некоторых растительных масел на санитарной станции продолжались свыше 10 лет. Большая заслуга в этом принадлежала и профессору гигиены С.С. Орлову, с 1909 г. возглавлявшему станцию, который разработал санитарные требования к жирам и маслам.

В Санкт-Петербурге городской лабораторией, которая была размещена в здании гауптвахты на Сенной площади и начала свою работу в 1891 г. (первоначально она существовала на базе лаборатории Русского Общества охранения народного здоровья при гигиеническом институте Военно-медицинской

академии), руководил проф. Военно-медицинской академии С.А. Пржибытек [7, с. 6]. Из отчетов лаборатории следует, что в северной столице фальсификация также стремительно распространялась: в 1908 г. фальсифицированными были признаны 333 образца продуктов питания из 2883 исследованных, или 11,6%, в 1909 г. – уже 364 из 3023 проб, или 12,4%. При этом было обнаружено, что «излюбленным» объектом подделки являлось все то же коровье масло, 65,2% этой продукции на прилавках столицы являлось фальсификатом [2, с. 12, 15]. Катастрофической была ситуация с винами и сладкими напитками. В 1908 г. анализ продаваемого столового кваса выявил фальсификат в 38% случаев, а клюквенный квас в 30% случаев являл собой подслащенную сахарином и окрашенную каменноугольными красками воду [2, с. 21].

По мере развития в России медицины городских самоуправлений росло и число санитарных станций, в число обязанностей которых входил и контроль качества продуктовых изделий. По официальным данным, к 1910 г. в империи общее число лабораторий, занимавшихся, в числе прочего, исследованием продуктов питания, составило 48. Из них 36 содержались за счет городов, 7 – частными лицами, 2 – Главным управлением землеустройства и земледелия, 1 – Рижским политехническим институтом, 1 – Попечительным комитетом Императорского Человеколюбивого общества, 1 – Управлением Кавказскими минеральными водами. В течение 1910 г. в общей сложности ими было произведено 55 тыс. исследований, в результате которых было выявлено более 16% некачественной и фальсифицированной продукции. В том же году было возбуждено порядка 27 тыс. дел по факту нарушений постановлений о торговле продуктами питания [2, с. 10].

Однако приведенные цифры говорят о том, что Россия в постановке контроля над производством и торговлей продуктами питания существенно отставала от развитых европейских государств. Если все 48 российских лабораторий выполнили за год 55 тыс. исследований, то в Европе только одна муниципальная лаборатория Парижа выполняла ежегодно около 29 тыс. пищевых исследований. Если в штате столичных санитарных станций состояли 4-6 человек, работе которых помогали 10-20 торгово-санитарных врачей (и это только в столицах, в большинстве городов такие врачи отсутствовали), то в штате парижской лаборатории работали 72 сотрудника, в числе которых были 24 инспектора, которые были обеспечены микроскопами и реактивами для первоначального поверхностного анализа, они были наделены правами полицейского комиссара. На основании отчетов инспекторов администрацией лаборатории составлялись специальные ведомости о каждом парижском торговце, благодаря чему удавалось легко отследить поставщика фальсифицированной или недоброкачественной продукции [8, с. 87-88].

Кроме того, деятельность российских лабораторий не была сосредоточена исключительно на пищевом надзоре, обязанности их были довольно

широки, многие из них были далеки от научной постановки исследований, их работа не была объединена общими инструкциями, методиками, что затрудняло сравнительную оценку результатов их работы. Необходимо учесть и тот факт, что многие городские лаборатории, учтенные официальной статистикой, фактически годами бездействовали из-за отсутствия необходимых специалистов, оборудования, финансирования. Такой была ситуация, например, в Харькове, Киеве, и уж тем более в небольших городах [9; 10].

Проблема была и в том, что акты, составленные по факту выявленных нарушений, влекли за собой очень мягкие наказания. Европейское законодательство в этой сфере было гораздо более разработанным и строгим. Наказания за подделку в России значительно уступали западноевропейским. Так, фальсификация пищевых продуктов, согласно Уголовному уложению (редакция 1909 г.), предусматривала наказание в виде ареста (в зависимости от того, вредными или невредными для здоровья веществами осуществлялась подделка) сроком от 1 до 6 месяцев и штрафа от 100 до 500 рублей. В Германии за подделку продуктов даже с помощью безвредных веществ законом предусматривалось наказание в виде заключения на срок от 6 месяцев, верхняя планка штрафа составляла 1500 марок, а за подделку вредными веществами грозило тюремное заключение с лишением гражданских прав. Во Франции за то же деяние предусматривалось тюремное заключение сроком до 3 лет и штраф до 500 франков [2, с. 4-5].

Не только законодатели, но и европейская общественность пыталась активно противостоять деятельности фальсификаторов. Под покровительством Женевского общества Красного Креста регулярно созывались международные конгрессы по борьбе с подделкой пищевых продуктов. Первый проходил с 8 по 12 сентября 1908 г. в Женеве [11, с. 1174]. В том же году был создан Русский организационный комитет первого международного конгресса по борьбе с фальсификацией пищевых продуктов, а 28 июня 1909 г. министром торговли и промышленности было утверждено Положением о Комитете по борьбе с фальсификацией пищевых продуктов, который стал действовать на постоянной основе [3, с. 340]. Комитет располагался в Петербурге в здании санитарно-технического института (в Кирпичном переулке, д. 1). С 1911 г. в институте начали производить бесплатные исследования вызывавших подозрение продуктов, доставляемых от врачебных правлений со всей территории России. В первый же год было сделано 1281 исследование сладких фруктовых и прочих напитков, 31,7% проб оказались фальсификатом, содержащим сахарин [2, с. 21].

Необходимость специального закона о контроле качества продуктов питания осознавалась правительством. Первые попытки в этом направлении были предприняты еще в конце XIX в., когда при Министерстве государственных имуществ (1888 г.), Министерстве финансов (1894 г.) создавались

специальные комиссии для рассмотрения данного вопроса. В 1900-1901 гг. при редакции журнала «Вестник виноделия» (редактор проф. В.Е. Таиров) была создана очередная комиссия, труды которой дали ценный материал для дальнейшей разработки законодательства в сфере контроля качества продовольствия.

В 1904 г. Управлением главного врачебного инспектора на рассмотрение Медицинского совета был внесен вопрос о пересмотре статей Устава врачебного о доброкачественности пищевых продуктов. В 1905 г. Медицинским советом был подготовлен проект «Закона о санитарном надзоре над изготовлением и торговлей пищевыми припасами», который прошел рассмотрение в ряде правительственных инстанций и в биржевых комитетах, позднее он был рассмотрен и обсужден в Комитете по борьбе с фальсификацией пищевых продуктов. С внесенными предложениями и доработками проект под названием «Законопроект об обеспечении доброкачественности пищевых и вкусовых продуктов и напитков» поступил на рассмотрение Высочайше учрежденной междоветовственной комиссии по пересмотру врачебно-санитарного законодательства, работавшей под председательством академика Г.Е. Рейна в 1912-1916 гг.

В проекте закона, в частности, была предпринята попытка дать определение фальсификации продукта питания, хотя сделано это было в обход самого термина: «Воспрещается изготовление или хранение для продажи, а равно продажа пищевых и вкусовых продуктов и напитков, внешние свойства и состав коих изменен для уподобления их другим (лучшего качества и высшей стоимости) продуктам, по свойствам и составу от них отличным» [2, с. 35]. Был предусмотрен контроль не только над торговлей, но и над пищевым производством, основные функции по организации пищевого надзора были закреплены за органами городских и земских самоуправлений, поощрялась и частная инициатива. Важным достижением было то, что в законопроекте предусматривалось обязательное открытие исследовательских лабораторий во всех городах с населением от 25 тыс. и введение общих инструкций, единообразных методов лабораторного исследования, определялась надлежащая квалификация персонала. Роль лабораторий в борьбе с фальсификацией была очень существенной, поскольку определение фальсификата могло производиться только на основе физико-химического анализа, и лишь на его основе могли приниматься судебные решения. Проект предусматривал возможность проведения по требованию стороны обвинения повторной независимой экспертизы.

Городским и земским самоуправлениям предоставлялось право возбуждать судебные дела наравне с полицией. В проекте говорилось о необходимости организации специального таможенного надзора за ввозимыми пищевыми продуктами. Порядок его организации должен устанавливаться по

соглашению 3 министров – финансов, внутренних дел, торговли и промышленности, а также главноуправляющего землеустройством и земледелием, расходы должно было взять на себя Государственное казначейство.

В законопроекте были ужесточены меры наказания, которые, однако, оставались по-прежнему более мягкими, чем в европейских странах [2, с. 31-50]. Данный законопроект, принявший во внимание зарубежный опыт, свел воедино разпыленные по многочисленным уставам статьи и существенно дополнил их. Он мог бы быть заметным шагом вперед в деле совершенствования врачебно-санитарного законодательства, однако получить окончательную доработку и вступить в силу не успел, поскольку деятельность Комиссии Г.Е. Рейна была прервана внутривластными событиями.

Литература:

1. Свод законов Российской империи. Под ред. И.Д. Мордухай-Болтовского. Книга 5. Т. XIII, Т. XV. СПб. 1912.
2. Законопроект об обеспечении доброкачества пищевых и вкусовых продуктов и напитков. // Материалы Высочайше учрежденной междуведомственной комиссии по пересмотру врачебно-санитарного законодательства. Подкомиссия санитарная. СПб. 1912.
3. Фрейберг Н.Г. Врачебно-санитарное законодательство в России. СПб. 1913.
4. Моисеев А.И. Медицинский совет Министерства внутренних дел. Краткий исторический очерк. СПб. 1913.
5. Второй годовой отчет московской городской санитарной станции (май 1892-май 1893) под ред. Ф.Ф.Эрисмана М. 1894.
6. 12-й годовой отчет Московской городской санитарной станции за 1903 г. Под ред. С.Ф.Бубнова. М. 1906.
7. Отчет Санкт-Петербургской городской лаборатории за 1900 и первую половину 1901 г. СПб. 1901.
8. Островский В. Санитарный надзор в Париже // Известия Московской городской Думы. Отд. Оттиск. Б.г.
9. Отчет о деятельности санитарного отделения Харьковской управы за январь-апрель 1911г. Харьков. 1912.
10. Чертов А. Городская медицина в Европейской России. СПб. 1903.
11. Хроника. // Русский врач. 1908. 2-е полугодие. Т. 7. С. 1174.

ОЧЕРК ИСТОРИИ АЗАРТНЫХ ИГР

А.В. Шувалов

*ГБУЗ Московской области «Центральная городская больница
им. М.В. Гольца» г. Фрязино*

О.Ж. Бузык

*ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии»
Департамента здравоохранения г. Москвы*

OUTLINE OF GAMBLING HISTORY

A.V. Shuvalov

City Central Hospital by M.V. Goltz name, Fryazino, Moscow Region

O.J. Buzik

Moscow Research and Practical Center on Addictions

Аннотация: статья посвящена некоторым путям появления и распространения азартных игр на Евразийском континенте. Рассмотрены как психологические причины появления азартных игр, так и их современное состояние в Российской Федерации.

Abstract: The article is dedicated to some ways of appearing and spreading of gambling on the Eurasian continent. Both psychological reasons of gambling appearing and their modern condition in Russian Federation are considered.

Ключевые слова: азартные игры, история возникновения, современное состояние.

Key words: gambling, history of appearing, modern condition.

Многие игры существуют веками, что говорит об их консервативности и «нужности» для человека в ходе его эволюционного развития. В сегодняшних играх можно разглядеть следы архаичного мышления, а также формы поведения человека играющего, которые становятся его жизненными стратегиями. (Лотман Ю.М., 2010).

Азартные игры могли осуждаться властями, хотя это не мешало их распространению, а игры, требующие знаний и умения, возводились в ранг искусства и считались уделом элитарных кругов. (Войтишек Е.Э., 2009).

Азартные игры отличаются от неазартных наличием везения и случая. «Любая азартная игра построена на принципе неопределённости». (Брюн Е.А., Цветков А.В., 2014). Большая распространённость азартных игр обусловлена не только желанием «испытать счастье» и эмоциональный всплеск адреналина, но и их простотой, т.к. большинство игр (из карточных, например, – т.н. «очко», или «21», из «механизированных» – рулетка) не требует особых умений и знаний.

В тех случаях, когда усилием воли не удаётся отказаться от систематического или даже периодического участия в азартных играх, можно говорить о развившейся зависимости – патологическом влечении к азартным играм. В последнем случае речь уже идёт о личностной, социальной и профессиональной дезадаптации. На основании эпидемиологических исследований выяснено, что этим расстройством в среднем страдает примерно 0,5% населения развитых стран, а в США – 0,5-5%, встречаясь наиболее часто у мужчин (Volberg R.A., 1996; Black D.W., Moyer T., 1998; Griffiths M.D, 2004).

При рассмотрении истории игромании можно согласиться с основным постулатом нидерландского историка и культуролога Йохана Хёйзинга, опубликовавшего в 1938 году свой знаменитый труд «Homo ludens». (Хёйзинга Й., 1992), который считал, что «игра старше культуры». Это допущение связано с тем обстоятельством, что игра свойственна не только самым маленьким детям и дикарям, но даже животным, причём не только высшим млекопитающим. Поэтому у нас есть основания говорить о «внечеловеческом», в смысле – не связанном лишь с человеком – феномене игры.

Таким образом, историю вопроса об игровой зависимости смело можно отнести к доисторическим временам. При этом зависимость от игры, начиная с наших далёких предков, должна была быть связана с расстройствами личности. (Бузык О.Ж., Шувалов А.В., 2010).

Однако, игра игре – рознь. Одно дело: игра в «прятки», основной целью которой является весёлое времяпрепровождение, и совсем другой характер носит игра сосредоточенная и подразумевающая некий важный для игрока выигрыш или проигрыш, а также ощущения самого процесса игры.

Какую форму в древнейшую эпоху могла иметь игра? Разумеется, самую примитивную. Скорее всего, это могла быть игра в кости, которая большинством археологов признаётся одной из древнейших азартных игр во всех уголках планеты. К сожалению, невозможно точно установить дату её возникновения, как и сам период времени, когда наши предки обнаружили у себя тягу к этой игре. Самым древним из обнаруженных игральные кости – около четырех тысяч лет, и сделаны они из подручных материалов – бараньих костей или камня. Само собой разумеется, что источником для суждения о культуре, существовавшей тысячи лет назад, являются прежде всего разнообразные археологические находки.

Игральные кости не всегда имели современный вид шестигранных кубиков со слегка закругленными углами, в которых сумма противоположных граней всегда равняется семи. Родоначальниками костей можно считать путовые¹ суставы животных, и четырёхгранные кубики с углублениями, и пластинки с двумя сторонами – чёрной и белой (как в древнерусской игре «зернь»), даже своеобразной формы орехи дерева вибхидака, растущего в

¹ Путовой – относящийся к нижней части ног лошади.

Индии. Существовали кости и пирамидальной формы: древнейшие из них обнаружены при раскопках в царской гробнице шумерского города Ур (третье тысячелетие до нашей эры). Некоторые из древнеегипетских костей величиной были с теннисный мяч и по форме тоже приближались к шару: так много у них было граней! Обнаруженные в шумерском городе Ур кости были изготовлены из слоновой кости и лазурита, имели форму четырёхгранной пирамиды. Два угла каждой кости (две вершины пирамиды из четырёх) помечены особыми украшениями. Точки на гранях древних игральные кости часто изображались в виде стилизованного «птичьего глаза». Быстрота определения выигрыша, почти молниеносная смена благосклонности фортуны сделали игру в кости одной из самых азартных игр. Надо отметить, что со времен Древнего Рима кубики мало менялись. И если посмотреть на мраморные и сердоликовые кости, которые выставлены в Эрмитаже, и сравнить их с теми пластиковыми, что продаются в нынешних киосках, то сходство будет несомненным. Поистине, куб для игральные кости – форма совершенная и не требовавшая изменений.

По словам Сократа, которые ему приписывает Платон, игральные кости «изобрёл» египетский бог Тевт (Платон, 1970). К сожалению, в русском переводе произведений античных авторов нередко подлинное название игры заменялось костями, что, конечно же, не способствовало объективному восприятию истории игр. Например, на чудом сохранившейся до наших дней прекрасной амфоре был изображен драматический момент игры между героями Троянской войны Ахиллом и Аяксом. Правда, среди ученых до сих пор нет полного единства во мнении, какую же игру пытался запечатлеть знаменитый греческий художник Эксекий. Воины увлечены игрой, похожей на шашки: на это указывают их руки, одновременно протянутые к доске, и позы, изображающие раздумье и внимание. К тому же можно различить игровые фишки (или шашки), которые должны передвигаться по доске. Однако некоторые искусствоведы считают, что Ахилл и Аякс играют в кости. Изображение этой вазы часто приводится в книгах, посвящённых искусству Древней Греции, в частности, «Искусство Эгейского мира и Древней Греции» в много-томном издании «Памятники мирового искусства». (Колпинский Ю.Д., 1970).

Кубические кости с разметкой, практически идентичной современной, неоднократно обнаруживались в египетских (XX в. до н.э.) и китайских (VI в. до н.э.) захоронениях. Стоит отметить, что в курганах юга Восточной Европы, сохранившиеся захоронения которых относят к III – I тысячелетиям до н.э., среди множества предметов украшения и быта игральные кости не были найдены (Лесков А.М., 1981). Вместе с тем, на этой же территории Скифии в VIII – IV веках до н.э. уже стали находить так называемые «костяные астрагалы» (кости овцы), которыми играли в «бабки» – тоже азартную игру, напоминавшую игру в кости, которая велась, как правило, на деньги

(Цветаева Г.А., 1984). Древние римляне астрагалами называли «позвонки домашних животных, которые употреблялись для игры в кости» (Иллюстрированный энциклопедический словарь Ф.А. Брокгауза и И.А. Ефрона, т. 2, 2005). Данный факт свидетельствует о постепенном распространении игры в кости на планете с юга на север.

В соответствии с греческой мифологией, игральные кости изобрёл Паламед (Ботвинник М.Н., Коган М.А. и др., 1965). Надо добавить, что этот же герой считался изобретателем алфавита, цифр, монет, игры в шашки и счёта времени по месяцам; несмотря на это, ложно обвинённый в предательстве, он был побит камнями. Геродот, в свою очередь, в первой книге «Истории» пишет, что игру в кости придумали лидийцы: «...и игры, которые ныне в ходу у них и у эллинов, – их изобретение» (Геродот, 1999). Но археологи опровергают эти мифологические и литературные факты, считая, что игра в кости была известна уже в древней Индии, Китае, Лидии и Египте.

Упоминания об игре в кости в древнеиндийских памятниках – собраниях гимнов «Ригведа» и эпосе «Махабхарата» – отражают популярность этой азартной игры в Древней Индии. В «Махабхарате» эпизод игры в кости включён в основную сюжетную линию поэмы – повествование о борьбе двоюродных братьев: Юдхиштхира, старший из пандавов, проигрывает кауравам царство, братьев, себя и Драупади – общую жену пандавов («Махабхарата», 1974). В самом знаменитом эпизоде «Махабхараты» – сказании о Нале и Дамаянти весь сюжет строится вокруг игры в кости. Наль, играя костями, заколдованными злым духом Кали, проигрывает своё царство и удаляется в изгнание; кости, превратившись в птиц, догоняют его и обманом отнимают последнюю одежду. Показательно описание игроков перед началом игры: «По жадному блеску их глаз и трясущимся рукам было видно, что они из той человеческой породы, имя которой – игроки». (Немировский А.И., 2004). Очень верное в клиническом смысле замечание.

Некоторые исследователи (Линдер И.М., 1975) предполагают, что первоначальный способ игры в чатурангу (индийский прообраз современных шахмат) заключался в следующем: «Соперники делали ходы поочередно в соответствии с показаниями игральной кости». Другими словами, даже столь интеллектуальная игра, как шахматы, представляла поначалу лишь одну из разновидностей игры в кости.

Таким образом, точное установление времени происхождения азартных игр и связанной с ними игровой зависимости невозможно. Интересен другой факт, имеющий отношение уже не к археологии, а к этике, – практически однозначно отрицательное отношение к разным видам азартных игр. В Спарте они были запрещены. В Древнем Риме существовало постановление, согласно которому деньги, проигранные в азартных играх, могли быть возвращены по требованию человека, проигравшего их. Это напоминает нам

современный подход к вопросу о преступлении, совершённом психически больным человеком в состоянии невменяемости. Так что вполне корректно будет заключить, что к азартным играм относились не только негативно, но и воспринимали их как патологическое состояние психики.

Две тысячи лет христианство воспитывает человека в воздержанности и целомудрии, призывая его противостоять пагубной страсти. В «Указателе» константинопольского патриарха святого Иоанна Златоуста (между 344 и 354 – 407 гг.) немало сказано на актуальную для того времени тему: «Игра в кости для многих не кажется злом, но любовь к ней вводит в жизнь тысячу зол».

Пророк Мохаммед (570-632 гг.) в Коране предупреждал: «О, вы, которые уверовали! Вино, майсир... – мерзость из деяния сатаны. Сторонитесь же этого, – может быть, вы окажетесь счастливыми!» (Сура 5). (Коран, 1990). Термином «майсир» назывались азартные игры. По мнению последователей ислама, Аллах определил для людей чёткие и ясные правила, объясняющие законные методы приобретения благ и призванные защитить собственность и права каждого индивидуума. Таким образом, любое действие, ведущее к нарушению основных принципов исламской законности (защита человека, его чести, имущества...) или несущее негативное воздействие на общество, – запрещено.

Германский король Оттон I (912-973) запрещал духовенству играть в кости под угрозой отлучения, хотя, как отмечают современники, без особого успеха. Мало проку было и от указа английского короля Генриха II (1133-1189), запретившего в 1188 году эту игру для крестоносцев. (Иллюстрированный энциклопедический словарь Ф.А. Брокгауза и И.А. Ефрона, т. 11, 2006).

Игорные дома, по-видимому, впервые возникли в XII веке в Италии, а наибольшее распространение азартные игры получили в XIII-XIV вв. в Германии. Это объясняется тем, что в большинстве мелких германских государств игорные заведения были поощряемы правительствами, так как они платили значительные налоги. Причём деятельность данных заведений совершенно не регулировалась государством. Так, например, если на оплату проигрыша имущества не хватало, то человек мог быть продан в рабство, а деньги, вырученные от этой сделки, шли на оплату долга. Но одновременно стали появляться законы, ограничивающие деятельность игорных заведений, которые поддерживала христианская церковь, видя в играх проявления язычества.

Отдельно стоит упомянуть работу знаменитого учёного и философа Джероламо Кардано, который сам был азартным игроком (помимо чего страдал ещё шизотипическим расстройством), посвящённую азартным играм: «Книга об азартных играх» (1564 г.).

Игральные кости можно рассматривать как генератор случайных чисел. Однако прообразом современного «однорукого бандита», заполонившего все современные казино, а к началу XXI века и магазины России, послужило совсем другое изобретение. В 1655 году французский математик, физик и философ Блез Паскаль изобрел колесо с вращающимися цилиндрами и точно обозначенным порядком цифр и комбинаций. Трагедия великого ученого оказалась в том, что он, видевший путь постижения тайн бытия и спасения человека от отчаяния лишь в христианстве, конструирует прибор для объяснения выдвинутой им теории вероятностей, который использует падкое на соблазн человечество.

В связи с этим обстоятельством Зигмунд Фрейд считал, что тяга к азартным играм в значительной степени обусловлена возможностью удовлетворения сексуальных потребностей: «Взмахи рук банкомёта, сдающего карты, возвратно-поступательные движения лопаточки крупье, сгребаящего фишки, и встряхивание стаканчика с игральными костями, всё это соответствует сублимации полового акта и мастурбации». Психиатры пришли к выводу, что азартная игра действует на организм точно так же, как наркотик. И что любопытно – реакция мозга на ожидаемое (в данном случае – выигрыш) всегда менее остра, чем на неожиданное (проигрыш). Мало того – именно проигрыш равносителен приему наркотиков успокаивающего действия. Этим и объясняется желание всех проигрывающихся отыграться во что бы то ни стало.

В 1765 году в Париже появилось настоящее устройство для игры в рулетку. Говорят, что офицер полиции Габриэль де Сартине решил придумать азартную игру, в которую было бы невозможно жульничать. Правда, по другой версии, рулетка – это побочный результат неудачного эксперимента французского философа и математика XVII века Паскаля, который пытался создать вечный двигатель. Если это так, то он почти преуспел в своем замысле...

Так или иначе, рулетка (от французского слова roulette – «колесико») мгновенно стала модной игрой. Ее главным плюсом была демократичность – играть мог любой. «Колесо фортуны» остановила Французская революция 1789 года. Все азартные игры были объявлены вне закона. Во многом благодаря этому рулетка начала свое победное шествие по Соединенным Штатам Америки. Игру в Новый Орлеан привезли французы-эмигранты, бежавшие от ужасов революции.

Во второй половине XIX столетия парижский профессиональный игрок и шулер Морис Франсуа Бланк (изгнанный перед тем из Германии кайзером Вильгельмом) перебрался в Монако и купил у князя игровую концессию. Бланк выстроил в Монте-Карло казино, возвел на скале роскошную гостиницу и театр, выделив в казну 15 процентов дохода от рулетки. Сменил себе в угоду весь государственный аппарат, организовал две армии, создал акци-

онерное «Общество морских купаний», которое взяло в руки игорное дело. Подкупил многие газеты Франции, Италии и Англии, привлек на свою сторону иезуитов, выделив деньги на постройку церкви и монастыря. Несколько лет Бланк был европейским монополистом казино. До сих пор бытует легенда о том, что бывший шулер продал душу дьяволу за секрет рулетки. Сумма же всех цифр «колеса фортуны» (от 0 до 36) широко не рекламируется, так как составляет она число 666.

Маленькое княжество Монако, которое в середине XIX века было на грани разорения, расцвело. Толпы людей устремились в казино (в переводе с итальянского – «загородный дом»), чтобы испытать свое счастье. За первые три года казино заработало так много денег, что князь Чарльз Грималди отменил прямое налогообложение и устранил военную службу. Народ княжества был восхищен его правлением.

Еще одна неотъемлемая черта казино – карточная игра блэк-джек (в России одна из её разновидностей известна под названием «очко»). Её происхождение туманно, авторство оспаривают французы, итальянцы и американцы. В переводе «Black Jack» означает предмет, которым бьют по голове (как правило, дубинка, иногда кастет, а за неимением лучшего – носок, набитый песком). Блэк-джек – единственная игра, в которой теория вероятностей может быть на стороне игрока, а не крупье, поэтому она и пользуется наибольшей популярностью.

Многие идут в казино ради игры в покер. Первые упоминания о нем относятся к Америке первой половины XIX века, когда за этой игрой проводили время посетители дешевых салунов. Историки полагают, что первыми адептами покера были уголовники и что название игры происходит от «роке» – «вытащить кошелек». Сейчас покер является самой популярной игрой в мире. Этим он обязан в первую очередь внешней простоте правил, а также большому разнообразию комбинаций при игре.

Обязательная примета любого казино – игровые автоматы, которые чаще называют «однорукими бандитами». Изобрел эту остроумную машину для изъятия у публики лишних денег американский механик Чарльз Фей в 1895 году. С тех пор принцип действия автомата не менялся. Шансы игрока набрать нужную комбинацию символов абсолютно непредсказуемы и подчиняются законам случайных чисел.

По мнению Йохана Хейзинги (1992), «игра предстаёт одним из важнейших механизмов порождения культуры в целом, а «человек играющий» – не праздным персонажем, коротающим случайные часы досуга, а своего рода «демиургом» самых различных сфер деятельности ...» (Тендрякова М.В., 2015).

Как уже ясно из вышенаписанного, склонность к азартным играм не является «новым видом зависимости». В девятнадцатом веке Европе она зани-

мала второе место среди известных тогда видов зависимостей. А их в конце позапрошлого столетия насчитывалось всего четыре: – зависимость от алкоголя, – зависимость от азартных игр, – зависимость от морфия, – зависимость от кокаина.

Таким образом, к началу двадцатого века все основные игры современного казино уже были изобретены. Осталось только легализовать их. И здесь впереди планеты всей оказалась пуританская Америка. Большинство азартных игр в Соединённых Штатах было запрещено. Но в 1931 году в штате Невада были разрешены игорные дома типа казино. Этот проект пополнения бюджета штата предложил некий добропорядочный гражданин Тобин, сам в казино никогда не игравший. На эти деньги, сказал он, можно построить много новых школ. Так прагматичные американцы стали примером для всего мира.

Но игры и двадцать первого века по своей сути аналогичны древним играм: «современный футбол – культовой игре в каучуковый мяч, распространённый у древних майя и ацтеков». (Кинжалов Р.В., 2005). А электронный тотализатор – аналогичен вырезанному из камня игровому аппарату в древнем Вавилоне, в котором ставки разыгрывались при помощи разноцветных шариков. (Тендрякова М.В., 2015).

В СССР казино, (как и «секса»), разумеется, «не было». Но игорные «дома» (в виде «квартирников») существовали причём не только в маргинальной среде притонов и «малин». В эту субкультуру входили вполне интеллигентные люди с высоким социальным статусом и, соответственно, хорошо обеспеченные материально.

Постсоветский игорный бизнес был уже оснащён на самом современном техническом уровне, игровые автоматы стояли почти в каждом магазине. Но для любой власти игра – это неподконтрольная территория, условная свобода, которая, тем не менее, эту власть тревожит. Чем авторитарнее государственная система, тем больше она стремится регламентировать жизнь своих граждан и тем нетерпимее относится к азартным играм. В 2009 году в Российской Федерации была запрещена любая игорная деятельность (за исключением букмекерских контор, лотерей и тотализаторов), которую попытались ограничить пятью специальными «игорными зонами», расположенными в разных географических регионах страны², т.к. существующий запретительный закон практически не соблюдался. Объём игорного рынка в 2008 году составлял 3,6 миллиардов рублей. Упускать из своих рук такой денежный поток государство, разумеется, не хотело. Но так как ехать в специально выделенные игорные зоны (Краснодарский, Алтайский и Приморский края, а также в Калининградской области на берегу Балтийского моря) большинству игроков казалось затруднительным, запланировали открытие

2 Федеральный закон от 29.12.2006 г. № 244-ФЗ

дополнительных игорных зон в Крыму, в Сочи и Бурятии. Но и эта мера оказалась, как большинство других запретительных, в реальности фиктивной. Мы с вами видим и до настоящего времени являемся непосредственными свидетелями этого феномена (маскировка подпольных игорных заведений под «интернет-кафе», «лотерейные» и ночные клубы и т.д.). Издаётся и специальная «учебная» литература для тех, кто собирается играть в казино, например, «Как играть и выигрывать в казино». (Терентьев Е.Э., 2004).

Таким образом, возникшая и продолжающаяся прогрессировать «индустрия» азартных игр вряд ли может быть искоренена в ближайшее время. Если только вместе с человеком.

Литература

1. Ботвинник М.Н., Коган М.А., Рабинович М.Б., Селецкий Б.П. Мифологический словарь. М.: Просвещение. 1965. 300 с.
2. Брюн Е.А., Цветков А.В. Практическая психология зависимости. М.: Наука. 2014. 294 с.
3. Войтишек Е.Э. Игровые традиции в духовной культуре стран Восточной Азии (Китай, Корея, Япония). Новосибирск: Новосибирский гос. Университет. 2009. 296 с.
4. Иллюстрированный энциклопедический словарь Ф.А. Брокгауза и И.А. Ефрона. В 24 томах. Т.2 / Астрагал. С. 194; Т.11 / Кости игорные. С. 130-131. М.: Изд-во Эксмо: т. 2. 2005; т. 11. 2006.
5. Кинжалов Р.В. Об одном игровом ритуале Месоамерики / Игра и игровое начало в культуре народов мира [Сб. статей]. СПб.: Кунсткамера; МАЭ РАН. 2005. С. 4-14.
6. Колпинский Ю.Д. Искусство Эгейского мира и Древней Греции // Памятники мирового искусства. Вып. 3-й. М.: Искусство. 1970.
7. Коран / Пер. с арабского И.Ю. Крачковского. М.: СП ИКПА. 1990. 512 с.
8. Лесков А.М. Курганы: находки, проблемы. Л.: Наука. 1981. 168 с.
9. Лотман Ю.М. Непредсказуемые механизмы культуры. Таллин: TLU Press. 2010. 234 с.
10. Платон. Федр // Платон. Сочинения в 3-х томах. Том 2. М.: Мысль. 1970. С. 157-222. 611 с.
11. Тендрякова М.В. Игровые миры: от homo ludens до геймера. М.; СПб.: Нестор-История. 2015. 224 с.
12. Терентьев Е.Э. Как играть и выигрывать в казино. М.: РИПОЛ классик. 2004. 480 с.
13. Хейзинга Й. Homo ludens. В тени завтрашнего дня / пер. с нидерл. Общ. ред. и послесл. Г.М. Тавризян. М.: Издательская группа «Прогресс», «Прогресс-Академия». 1992. 464 с.
14. Цветаева Г.А. Мебель, бытовая утварь, отопление, освещение, предметы туалета, игрушки // Античные государства Северного Причерноморья. М.: Наука. 1984. С. 227-229.
15. Шувалов А.В., Бузик О.Ж. История азартных игр // «Независимость личности». № 1. 2010. С. 37-41.
16. Black D.W., Moyer T. Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behavior // Psychiatric Services. 1998. Vol. 49. P. 1434-1439.
17. Griffiths M.D. Betting your life on it // BMJ, 2004. 329. P. 1055-1056.
18. Volberg R.A. Prevalence studies of problem gambling in the United States // Journal of Gambling Studies. 1996. Vol. 12. P. 111-128.

4. ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ НОВЕЙШЕГО ВРЕМЕНИ

ИЗ ИСТОРИИ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ В СССР: ОРГАНИЗАЦИОННОЕ ОФОРМЛЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЭЛИТЫ (1944–1947)

В.И. Бородулин

Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва

FROM THE HISTORY OF CLINICAL MEDICINE IN THE USSR: SOVIET INSTITUTIONALIZATION OF THE THERAPEUTIC ELITE (1944–1947)

V.I. Borodulin

National Institute of public health named after N.Semashko, Moscow

Аннотация: В статье рассматривается организационное оформление советской терапевтической элиты. Автор указывает на критерии, применявшиеся при оценке претендентов на место в академии. В итоге констатируется, что в 1940-е – 1970-е годы существовал тщательно продуманный принцип комплектования «штаба» медицинской науки.

Ключевые слова: Академия медицинских наук, научные школы в терапии, научные общества, терапевтическая элита.

Abstract: The article discusses the institutionalization of the therapeutic of the Soviet elite. The author indicates the criteria applied when evaluating applicants for a place at the Academy. In the end it is stated that in the 1940s – 1970s there was a carefully thought-out principle of recruitment «staff» of medical science.

Key words: Academy of medical Sciences, research school of therapy, research companies, therapeutic elite.

Различные историко-медицинские источники (творческое наследие видных терапевтов и созданных ими научных школ, материалы терапевтических съездов и протоколы заседаний научных обществ, книжные и журнальные издания, высказывания современников, фотоснимки торжественных заседаний и др.) позволяют очертить круг наиболее влиятельных деятелей клиники внутренних болезней, составлявших терапевтическую элиту на рубеже 1930-х – 40-х годов. После 1937 г., когда по инициативе «компетентных органов» самый яркий лидер – Д.Д. Плетнев – был ошельмован в газете «Правда» как «профессор-садист», а затем репрессирован и в 1941-м году

расстрелян, остался «триумvirат»; в 1940 г. видный ленинградский терапевт М.В. Черноуцкий, выражая общее мнение, писал: «Врачебная родословная троих – М.П. Кончаловского, Г.Ф. Ланга и Н.Д. Стражеско – восходит через их учителей прямо к С.П. Боткину. ... Фактически М.П. Кончаловский, Г.Ф. Ланг и Н.Д. Стражеско составляют триумvirат, который в настоящее время возглавляет советскую терапевтическую клинику и ведет советскую терапию в том направлении, которое было предначертано гениальным русским клиницистом С.П. Боткиным».

Наряду с названными клиницистами, самыми заметными фигурами в научно-общественной жизни терапевтов страны были тогда столичные врачи Е.Е. Фромгольд (1-й Московский медицинский институт, 1 ММИ; непреходящий товарищ, то есть заместитель, председателя – В.Д. Шервинского, М.П. Кончаловского или Д.Д. Плетнева – в Московском терапевтическом обществе), Р.А. Лурия и М.И. Певзнер (Центральный институт усовершенствования врачей, ЦИУ) и молодой (представитель «сорокалетних»), но стремительно поднимающийся вверх Э.М. Гельштейн (2-й Московский медицинский институт, 2 ММИ). Еще жив был признанный глава московских терапевтов дореволюционной поры В.Д. Шервинский (1850-1941), но он уже был почетным, а не действующим лидером.

В других центрах клинической науки выделялись и, несомненно, принадлежали к терапевтической элите М.И. Аринкин (Военно-медицинская академия, ВМА) и М.В. Черноуцкий (1-й медицинский институт им. И.П. Павлова, Ленинград), М.М. Губергриц (Киевский медицинский институт), В.М. Коган-Ясный (Харьковский медицинский институт), Ф.О. Гаусман (Минский медицинский институт), Н.К. Горяев (Казанский медицинский институт). Кроме них на VIII (1925) – XII (1935) съездах терапевтов выступали с программными докладами, председательствовали на заседаниях такие широко известные клиницисты, как Н.И. Лепорский и Н.А. Куршаков (Воронеж), Л.Б. Бухштаб (Одесса), А.М. Левин (Баку).

Вторая мировая война перемешала все карты: одни ушли на фронт, других эвакуировали из Москвы, Ленинграда, Киева, Харькова и прочих центров медицинской науки. Крупные безвозвратные людские потери не обошли, конечно, и терапевтическую элиту (кроме Д.Д. Плетнева, М.П. Кончаловский, Е.Е. Фромгольд, Р.А. Лурия и др.). В 1944-м году, в условиях продолжавшейся войны, по постановлениям Политбюро и Совнаркома СССР (29-30 июня 1944 г.) началось создание Академии медицинских наук (АМН) СССР. Появление академии и ее институтов применительно к теме данной статьи означало, что во второй половине 1940-х гг. научная медицинская элита получила основную организационную структуру и официальный статус, возможности ее влияния на развитие медицинской науки существенно выросли. Однако представлять себе, что первый состав академиков полно-

стью соответствовал реальному составу элиты того времени, было бы явным упрощением.

В имеющейся литературе процесс создания АМН в существенной мере мифологизирован. Восстановить реальный ход событий удалось С.П. Глянцеву и А.А. Сточик на основе анализа архивных документов. Академиков-учредителей никто не выбирал, их назначило правительство по представлению Оргбюро АМН в составе: председатель Г.А. Митерев – нарком здравоохранения СССР; академики АН СССР А.Н. Абрикосов и Н.Н. Бурденко, директор ВИЭМ член-корреспондент АН Н.И. Гращенков; от ЦК ВКП (б) Б.Д. Петров и С.Г. Суворов; позднее был включен нарком министр здравоохранения РСФСР А.Ф. Третьяков. Готовили окончательный проект в наркомздраве (зам. наркома по науке В.В. Парин) с участием Ученого совета наркомздрава (Н.Н. Бурденко и др.) и ГВСУ Красной армии (начальник – Е.И. Смирнов); его дальнейшая доработка осуществлялась с участием аппаратов зампреда СНК К.Е. Ворошилова и секретаря ЦК ВКП (б) А.С. Щербакова (Б.Д. Петров и С.Г. Суворов). Визировал окончательный проект не Сталин, а Молотов (1-й зампред СНК). Отбор кандидатур академиков проходил в длительной закулисной борьбе (например, В.Ф. Зеленин был исключен при сокращении первоначального списка, но на следующем этапе восстановлен), с тщательной бюрократической «проработкой», в результате список академиков в целом соответствовал положению в клинической медицине того времени. Однако не обошлось без «проколов».

Действительными членами АМН были утверждены пять терапевтов: академик АН СССР Н.Д. Стражеско (Киев), В.Н. Виноградов и В.Ф. Зеленин (Москва), Н.И. Лепорский (Ленинград) и Л.О. Оганесян (Ереван). Кроме них в списке кандидатов, который в процессе проработки проекта в министерстве здравоохранения и аппаратах правительства и ЦК партии подвергся значительным изменениям, в том числе резкому сокращению, фигурировали Г.Ф. Ланг (Ленинград), М.М. Губергриц (Киев), С.М. Мелких (Минск), М.И. Певзнер (Москва) и М.И. Слоним (Ташкент). Р.А. Лурия был включен в список претендентов на звание почетного члена академии (как и Н.Ф. Гамалея, П.А. Герцен, Т.П. Краснобаев и другие виднейшие старейшины медицинского цеха; в итоговом варианте проекта категория почетных членов отсутствовала).

Двух московских терапевтов – несомненных претендентов на место в академии – к 1944 г. уже не было в живых: М.П. Кончаловский умер в 1942 г., Е.Е. Фромгольд – репрессирован в 1941 и умер в 1942 г. Умер и лидер белорусских терапевтов Ф.О. Гаусман, но его кандидатура и не могла рассматриваться: он был немцем, остался в оккупированном Минске и сотрудничал с оккупантами. Р.А. Лурия умер в Москве в 1944 г. Но общепризнанный лидер, председатель правления Всесоюзного общества терапевтов Г.Ф. Ланг был жив, однако в списке академиков его не было. В ответ на на-

стойчивую просьбу группы ученых включить его в список кандидатов в будущие академики последовало, по свидетельству А.Л. Мясникова, гневное «разъяснение» Н.И. Гращенкова: категорически исключено, поскольку он – немец, и у него сестра в Голландии. Конечно, на первых же выборах в академию в следующем, 1945-м году Г.Ф. Ланг стал академиком. В связи с этим эпизодом представляют интерес воспоминания А.В. Зеленина: «Обнародованный состав академиков АМН явно ошеломил многих... Созданная авторитарным путем, академия в дальнейшем должна была расширяться вполне демократическим способом, основанным на тайном голосовании. Помню рассказ отца о том, как он, встретив Ланга, вполне любезно и почтительно (хотя они давно и достаточно явно недолюбливали друг друга) сказал, что его (Ланга) на ближайшей сессии АМН будут избирать в академию и что он, Зеленин, приложит к этому максимальные усилия. С перекосившимся лицом, Ланг сквозь зубы поблагодарил отца»...

Чрезвычайно интересна в этом отношении переписка двух лидеров советской терапевтической клиники – Н.Д. Стражеско и Г.Ф. Ланга. Академик двух академий наук – СССР и Украины – Стражеско по праву вошел и в третью, медицинскую академию; он безоговорочно признавал такое же право за Лангом и писал ему после Учредительной сессии о чувстве стыда, которое его мучает так, что впору самому отказаться от почетного звания. В одном из последующих писем, датированном июнем 1945 г. он писал: «Хотел также повидаться с Вами, чтобы потолковать о многом, в частности и об Академии медицинских наук, в которой нам с Вами, как ни трудно нам, а все же необходимо принять активное участие..., так как здесь некому взять дело в руки... Переехать в Москву я отказался, но обещал наезжать сюда почаще и принять участие в организации Академии, не занимая каких-либо ответственных постов».

Основоположник диетологии в СССР М.И. Певзнер был исключен из списка кандидатов, поскольку повздорил с наркомом. Очевидный претендент на место в списке пионер инсулинотерапии в СССР и директор первой в стране эндокринологической клиники В.М. Коган-Ясный мог не попасть в него по причине избранной им основной специализации: ведь намечавшийся в составе академии московский институт эндокринологии был исключен из списка академических институтов с весьма решительной формулировкой – поскольку отечественная эндокринология еще не добилась серьезных успехов (нет оснований видеть причину в антисемитизме: правительственный антисемитизм в сфере науки – дело последующих лет). Понятно, что среди побудительных мотивов при отборе у разработчиков проекта фигурировала и официальная национальная политика; однако коллеги имели основания считать, что утвержденный в списке академиков видный терапевт и историк армянской медицины Л.А. Оганесян на всесоюзной арене не зани-

мал позиций, соответствующих его включению в первоочередной список. Равнозначными претендентами могли быть и А.А. Мелик-Адамян (из того же Ереванского медицинского института), и Н.А. Кипшидзе и М.Д. Цинамдзгваришвили (Тбилисский медицинский институт; оба в 1946 г. стали академиками АН Грузии). Тем не менее, в целом персональный состав АМН отражал ситуацию в медицинских элитах на момент создания академии.

Значительное пополнение терапевтов пришло в академию в результате выборов, которые проходили в ближайшие после Учредительной сессии годы. В 1945 г. академиками стали Г.Ф. Ланг, М.И. Аринкин, М.Д. Тушинский и М.В. Черноуцкий (Ленинград); членами-корреспондентами – А.А. Багдасаров, А.И. Нестеров и Е.М. Тареев (Москва). В 1946 г. членами-корреспондентами избраны В.Х. Василенко (Львов), В.Н. Иванов (Киев), А.Л. Мясников и Н.Н. Савицкий (Ленинград). Как видим, характерной для второй половины 20 в. концентрации в Москве научной клинической элиты еще не было. В 1948 г. академиками стали М.С. Вовси, А.Н. Крюков, А.Л. Мясников и Е.М. Тареев, членом-корреспондентом – П.И. Егоров (все – Москва). Несомненными лидерами терапевтической элиты оставались Г.Ф. Ланг и Н.Д. Стражеско.

Интересны критерии, применявшиеся при оценке претендентов на место в академии. Проектом устава АМН, подготовленным под руководством В.В. Парина в 1944 г., «предусматривались следующие требования к ее действительным членам: 1) наличие оригинальных трудов, содержащих новые концепции; 2) создание научных школ и направлений; 3) организация новых учреждений и открытие новых методов, способствующих прогрессу теоретических и клинических дисциплин». Можно констатировать, что в 1940-е – 1970-е годы этот тщательно продуманный принцип комплектования генерального штаба медицинской науки в целом соблюдался. Иной подход – если хочешь стать академиком, стань сначала директором института – стал входить в практику академических выборов с середины 1970-х годов.

Тринадцатый съезд – первый послевоенный съезд терапевтов СССР – состоялся в 1947 г. (Ленинград) и расставил важные для рассматриваемой темы акценты. Очень интересен групповой портрет членов президиума (все располагаются на положенных им местах): в центре 1-го ряда – председатель Г.Ф. Ланг, по его правой руке ближайшие места занимают член-корреспондент АН БССР С.М. Мелких и академик АМН СССР В.Н. Виноградов, по левой руке – академики АМН СССР М.И. Аринкин и Н.И. Лепорский; в этом же ряду – М.С. Вовси, А.И. Нестеров, М.И. Певзнер, М.В. Черноуцкий. В то же время Э.М. Гельштейн, В.Н. Иванов, Б.П. Кушелевский, А.Л. Мясников, Е.М. Тареев стоят во 2-м ряду. Лидеры украинских терапевтов Н.Д. Стражеско, М.М. Губергриц и В.М. Коган-Ясный, выступившие на съезде с программными докладами, в кадр не попали (видимо, отсутствова-

ли во время съемки). На съезде были избраны почетные члены общества – Г.Ф. Ланг и Н.Д. Стражеско.

Состав академиков – учредителей АМН и терапевтов, включенных в нее при выборах в 1945-м – 48-м годах, дополненный анализом материалов 13-го съезда терапевтов и других источников, позволяет утверждать, что терапевтическую элиту во второй половине 1940-х гг. возглавляли Г.Ф. Ланг (Ленинград) и Н.Д. Стражеско (Киев) – признанные основоположники клиники внутренних болезней в СССР. Очень влиятельными фигурами были москвичи В.Н. Виноградов (ведущий терапевт Кремлевской больницы) и В.Ф. Зеленин (академик-секретарь отделения клинической медицины). Из «молодежи» выделялись М.С. Вовси – главный терапевт Советской армии; В.Х. Василенко, А.Л. Мясников, А.И. Нестеров, Е.М. Тареев – первые члены-корреспонденты АМН. Таким образом, академические должности и звания «оформили» реальное лидерство ведущих представителей терапевтической элиты.

Прошло всего несколько лет, и к концу 1940-х гг. пришло время смены клинических элит. В 1948 г. умер Г.Ф. Ланг. Тяжело больной Н.Д. Стражеско не выезжал из Киева; с того же времени он перестал быть знаменосцем советской клинической медицины – над ним стали сгущаться тучи политической опалы; в 1952 г. он умер. В.Ф. Зеленин в 1946-48 гг. сознательно и добровольно освободился от обязанностей академика-секретаря отделения клинической медицины АМН и директора академического Института терапии. С конца 1940-х годов терапевтическую элиту вели по пути нарастающей специализации клинической медицины В.Н. Виноградов, «унаследовавший» от М.П. Кончаловского и Г.Ф. Ланга роль и «вес» председателя Всесоюзного общества терапевтов и главного редактора журнала «Терапевтический архив» и – главное – обладавший возможностями ведущего терапевта Кремлевской больницы; А.Л. Мясников – академик-секретарь отделения клинической медицины АМН (1948-53) и директор Института терапии АМН; А.И. Нестеров – академик-секретарь Президиума АМН (1950-53), вице-президент академии (1953-57) и М.С. Вовси – заместитель председателя Всесоюзного общества терапевтов, главный редактор журнала «Клиническая медицина», главный терапевт Советской армии; не имевший подобных должностей Е.М. Тареев имел заслуженную славу автора многих разнообразных и выдающихся научных трудов. Эту смену лидеров подтверждают материалы терапевтических съездов: 14-й съезд в Москве в 1956-м году открывали А.Л. Мясников и Е.М. Тареев; М.С. Вовси и А.И. Нестеров председательствовали на заседаниях; на 15-м съезде в Москве в 1962-м году председателем был В.Н. Виноградов. В 1950-е – 60-е годы состав лидеров элиты дополнили В.Х. Василенко, И.А. Кассирский и Б.Е. Вотчал.

Виноградов был учеником Голубинина и Плетнева, Мясников – учеником Ланга, Нестеров – учеником Лепорского, Вовси – учеником Плетнева,

Тареев – учеником Кончаловского, Василенко – учеником Стражеско, Касирский – учеником Крюкова, Вотчал – учеником Ф.Г. Яновского и Д.Д. Плетнева. Преемственность клинических традиций сохранялась – сомневаться в этом не приходится. Однако деятельность названных лидеров развернулась уже во второй половине века – в 1950-е – 60-е годы. Первоочередной задачей клиники, условием ее дальнейшего успешного развития в то время выступала более узкая специализация, оформление многих клинических разделов в качестве самостоятельных научно-учебных дисциплин, которые ответвлялись от клиники внутренних болезней и хирургии.

Лидеры использовали свое положение, влияние, связи для преодоления формальных и других организационных трудностей на пути специализации клинической медицины. Так, А.Л. Мясников фактически превратил Институт терапии в институт кардиологии, основал журнал «Кардиология», был инициатором и организатором Всесоюзного общества кардиологов. По инициативе А.И. Нестерова и под его руководством были созданы Институт ревматизма и сеть кардиоревматологических центров в многопрофильных больницах и кабинетов в поликлиниках, а также Всесоюзное ревматологическое общество. Под эгидой Е.М. Тареева были организованы Всесоюзный центр по нефрологии и гемодиализу и Всесоюзное общество нефрологов. В.Х. Василенко основал Всесоюзный НИИ гастроэнтерологии и Всесоюзное общество гастроэнтерологов. При этом все они, в отличие от следующих поколений ведущих клиницистов, еще оставались терапевтами широкого профиля, руководили общетерапевтическими кафедрами.

ХИРУРГИ – ЧЛЕНЫ АКАДЕМИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК СССР (1944–1991) – РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК (1991–2004)

Сточик А.А., Глянцев С.П.

*Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко,
Москва, Россия*

SURGEONS – MEMBERS OF THE USSR ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES (1944–1991) AND RUSSIAN ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES (1991 – 2004)

A.A. Stochik, S.P. Glyantsev,

FSBSI «Semashko National Public Health Research Institute», Moscow, Russia

Аннотация: Проанализирован состав хирургов – действительных членов и членов-корреспондентов АМН СССР (РАМН) (как личностный, так и по специальностям) за период с 1944 по 2004 годы. Используя архивные

материалы, авторы проследили, как формировался состав кандидатов в члены – учредители Академии. Списки кандидатов неоднократно пересматривались в различных правительственных и партийных инстанциях. Численный и именной состав будущих академиков несколько раз менялся без видимых на то причин, и даже утвержден был дважды. Среди первых действительных членов АМН СССР было 13 человек, чьи специальности можно отнести к хирургическим, что составило 21,6% от общего состава первых академиков. Это количество, незначительно снизившееся за 60 лет существования Академии, тем не менее, удерживалось на уровне 15%. При создании Академии в ней было открыто 3 хирургических специальности, но с каждым годом их число увеличивалось. В статье приводятся все появившиеся хирургические специальности за 60 лет существования Академии (порядка 30); ряд из которых был открыт под конкретные персоналии, с указанием года их появления и первых избранных по этим специальностям членов Академии. Показано, что хирурги играли значительную роль в жизни Академии с момента ее учреждения и на протяжении всего изученного периода. Об этом свидетельствует тот факт, что хирурги, как правило, занимали высокие посты в структуре Академии (президенты, вице-президенты, члены Президиума). В статье также рассмотрен возрастной и гендерный состав хирургической элиты СССР и России в указанный период времени.

Ключевые слова: хирурги – действительные члены и члены-корреспонденты АМН СССР (РАМН), хирургические специальности

Abstract: The article analyzes the composition of surgeons – academicians and corresponding members of the USSR Academy of Medical Sciences (RAMS) (both personal and specialties) for the period of 1944 – 2004 years. Using archival documents, the authors trace how the membership of the Academy’s founding members was formed. The lists of candidates have been repeatedly reviewed, passing through various government and political instances. The numerical and nominal composition of future academicians changed several times for no apparent reason, and even was approved twice. Among the first academicians of the USSR Academy of Medical Sciences there were 13 surgeons, which amounted to 21.6% of the total number of first academicians. This percentage, slightly decreased during the 60 years of the Academy’s existence, however, was kept at the level of 15%. It is known that at the creation of the Academy 3 surgical specialties were opened in it, but each year their number increased. The article lists all the surgical specialties that appeared during the 60 years of the Academy’s existence (about 30), some of which were opened for specific people, indicating the year of their appearance and the names of the first academicians and corresponding members elected for these specialties. Surgeons have played a significant role in the life of the Academy since its inception and throughout the entire period of existence, as evidenced by the fact that surgeons held high positions in the structure of the

Academy. The article considers the age and gender structures of the surgical elite USSR and Russia in this period of time.

Key words: surgeons – academicians and corresponding members of the Academy of Medical Sciences of the USSR (RAMS), surgical specialties

При изучении истории советской хирургии 20-го века на вопрос: «Кто входил в элиту хирургов СССР середины 20-го столетия?», ответ будет относительно прост: «В элиту советских хирургов 1940-х годов входили те, кто был избран в первый состав Академии медицинских наук (АМН) СССР». На первый взгляд это – верно. Для того и формировался в Советском Союзе «штаб медицинской науки», чтобы в него вошли самые выдающиеся хирурги того времени. Но верно это лишь отчасти. Пилотное исследование показало, что, во-первых, не все хирурги «первого ряда», рекомендованные в АМН, вошли в ее состав; во-вторых, первый состав АМН СССР был не избран, а утвержден (это означает, что помимо научных заслуг претендентов в расчет принимались и иные, возможно, политические мнения); в-третьих, утвержден дважды: 30 июня, как обычно принято считать, и 14 ноября 1944 г.; и в-четвертых, некоторые ведущие хирурги страны, даже рекомендованные в АМН СССР, вообще не попали в состав ее членов, другие все же попали, но далеко не сразу, третьи (поначалу не рассматривавшиеся как кандидаты) были включены в список, что называется, в последний момент.

Используя архивные документы Наркомздрава (НКЗ) СССР, Совнаркома (СНК) СССР и ЦК ВКП(б), а также Ученого медицинского совета НКЗ СССР, ГВМУ РККА и АМН СССР разных лет, а также доступные печатные источники, мы изучили этот вопрос подробнее. В работе использованы исторический, системный, индуктивно-дедуктивный и диалектический методы описания и анализа.

В процессе исследования было установлено, что первый список кандидатов в АМН СССР, подготовленный в НКЗ СССР и представленный в СНК СССР наркомом здравоохранения Г.А. Митеревым 26 февраля 1944 г., состоял из 90 человек, в котором значились 22 хирурга. В том числе 19 кандидатов планировалось утвердить как действительных членов Академии (академиков), а трех – как почетных. Среди кандидатов в академики значились: Николай Нилович Бурденко (по специальности нейрохирургия), Александр Васильевич Вишневский (хирургия), Владимир Игнатьевич Воячек (отоларингология), Семен Семенович Гирголав (хирургия), Юстин Юлианович Джанелидзе (хирургия), Петр Григорьевич Корнев (хирургия, фтизиатрия), Сергей Романович Миротворцев (хирургия), Григорий Михайлович Мухадзе (хирургия), Владимир Михайлович Мыш (хирургия), Иван Иванович Орлов (хирургия), Константин Хрисанфович Орлов (офтальмология), Николай Николаевич Петров (онкология), Иван Гурьевич Руфанов (хирургия), Анд-

рей Григорьевич Савиных (хирургия), Мустафа Агабек-Оглы Топчибашев (хирургия), Владимир Николаевич Шапов (хирургия), Владимир Николаевич Шевкуненко (хирургия), Владимир Петрович Филатов (офтальмология) и Сергей Сергеевич Юдин (хирургия). Почетными хирургами рекомендовалось утвердить Тимофея Петровича Краснобаева (хирургия), Петра Александровича Герцена (хирургия) и Александра Львовича Поленова (травматология).

С большой вероятностью можно утверждать, что эти списки готовились сотрудниками отдела кадров АМН под руководством заместителя наркома здравоохранения СССР по науке В.В. Парина, а все кандидатуры были согласованы с УМС НКЗ СССР (Н.Н. Бурденко) и отделом здравоохранения (В.Д. Петров) Управления кадров ЦК ВКП(б).

Мы не будем указывать звания, должности и достижения перечисленных хирургов и ученых. Все они были выдающимися представителями своей специальности и, на наш взгляд, могут быть отнесены к элите советской хирургии.

Однако 30 июня 1944 г. Постановлением СНК СССР из этого списка тщательно отобранных персоналий не были утверждены 6 кандидатов в действительные члены: А.В. Вишневский, С.Р. Миротворцев, И.И. Орлов, К.Х. Орлов, М.А.-О. Топчибашев и В.Н. Шапов, и 2 кандидата – в почетные академики: П.А. Герцен и Т.П. Краснобаев.

Причина этого не вполне ясна. Тем не менее, известно, что помимо выше указанных инстанций все кандидатуры проходили согласование в аппарате заместителя Председателя СНК СССР К.Е. Ворошилова в Управлении агитации и пропаганды ЦК ВКП(б) под контролем секретаря ЦК А.С. Щербакова. А найти в биографии любого ученого с дореволюционным стажем «порочащие» его факты не составляло особого труда. Например, А.В. Вишневский дважды стажировался за границей, С.Р. Миротворцев служил в царской армии, В.Н. Шапов провел несколько лет в США, а П.А. Герцен родился во Флоренции. Но, повторим, истинные причины исключения весной 1944 г. этих ученых из кандидатов в академики нам не известны. Пока что мы лишь констатируем этот факт.

Отметим, впрочем, что из 8 исключенных кандидатов шестеро в последующем были избраны действительными членами АМН СССР за исключением П.А. Герцена – члена-корреспондента АН СССР, одного из основоположников отечественной онкологии, и И.И. Орлова – Героя труда, заслуженного деятеля науки Узбекистана, первого наркома здравоохранения Туркестана. О возможной причине забаллотирования П.А. Герцена, учившегося в Лозанне и имевшего многочисленные родственные, дружеские и научные связи с заграницей, мы уже сказали, про И.И. Орлова же известно, что он был одним из самых непримиримых «гонителей» хирурга и архи-

епископа Луки (Войно–Ясенецкого), номинированного за год до создания Академии на Сталинскую премию. Мы понимаем, что это – конспирология, но документальных свидетельств у нас нет.

Из вновь рекомендованных кандидатов в члены Академии, отсутствовавших в списке НКЗ СССР от 24 февраля и казавшихся в списке СНК СССР от 30 июня, укажем П.А. Куприянова и Н.А. Богораза. Почему в состав кандидатов в действительные члены попал генерал-лейтенант медицинской службы, бывший главный хирург Ленинградского фронта П.А. Куприянов, понятно. За его включение в состав Академии ходатайствовало ГВМУ РККА (Е.И. Смирнов). Включение это преследовало ясную, и скорее не научную, а административную цель: на первой же сессии Академии П.А. Куприянов был избран вице-президентом АМН СССР по вопросам военной медицины, то есть на должность, которая была введена в Устав Академии по просьбе ГВМУ.

Какая организация ходатайствовала о включении в список почетных членов Академии Н.А. Богораза – не ясно. Скорее всего, о нем также вспомнили в ГВМУ РККА. Хотя Николай Алексеевич не воевал, но с 1943 г. возглавлял кафедру военно-полевой хирургии 2-го МГМИ, а так же трудился ведущим хирургом Московского Коммунистического военного госпиталя (ныне – ГВКГ им. Н.Н. Бурденко МО РФ) и был крупным специалистом в области реконструктивной и восстановительной хирургии.

Таким образом, во второй состав кандидатов в члены Академии, рекомендованный НКЗ СССР 24 февраля 1944 г. и утвержденный СНК СССР 30 июня 1944 г., вошли 16 хирургов. Подчеркнем, что под постановлением об учреждении Академии, включавшем в качестве приложения список из 74 кандидатов в академики, стояла подпись И.В. Сталина. Но на этом его официальная роль в судьбе АМН СССР завершилась. Всю последующую работу по ее созданию проводило утвержденное 30 июня 1944 г. Оргбюро во главе с наркомом здравоохранения СССР Г.А. Митеревым (куда на правах члена входил Н.Н. Бурденко) и аппарат К.Е. Ворошилова.

В списке от 30 июня к хирургам были отнесены: Н.Н. Бурденко, В.И. Воячек, С.С. Гирголав, Ю.Ю. Джанелидзе, П.Г. Корнев, П.А. Куприянов, Г.М. Мухадзе, И.Г. Руфанов, А.Г. Савиных, В.П. Филатов и С.С. Юдин. Утвердить почетными академиками планировалось Н.А. Богораза и А.Л. Поленова, а также В.М. Мыша, Н.Н. Петрова и В.Н. Шевкуненко, переведенных из кандидатов в действительные члены в кандидаты в почетные.

Однако и этот состав не стал окончательным. В августе – сентябре 1944 г. на всех кандидатов были собраны дополнительные сведения, еще раз проверенные в НКЗ СССР (В.В. Парин) и в аппарате К.Е. Ворошилова. В результате список был подвергнут еще одной коррекции, после чего он был сокращен с 74-х до 60-ти человек, при этом институт почетных членов, кото-

рый отстаивал Наркомздрав, был упразднен. Есть основания считать, что это произошло с подачи противника этого статуса Н.Н. Бурденко и с согласия И.В. Сталина, хотя подтвержденных документами доказательств у нас нет. Полагаем, что Академия нуждалась в активных работоспособных членах, а состав почетных кандидатов, в основном, состоял из крупных, заслуженных, но все же возрастных ученых.

В результате осенью 1944 г. из кандидатов в академики были выведены: включенный 30 июня Н.А. Богораз (70 лет) и кандидаты из списков от 26 февраля и от 30 июня В.М. Мыш (71 год) и А.Л. Поленов (73 года). Окончательный состав действительных членов – учредителей АМН СССР в количестве 60 человек, утвержденный СНК СССР Постановлением от 14 ноября 1944 г. и подписанным не И.В. Сталиным, а В.М. Молотовым, включал всего лишь 13 хирургов: Н.Н. Бурденко, В.И. Воячек, С.С. Гирголав, Ю.Ю. Джанелидзе, П.Г. Корнев, П.А. Куприянов, Г.М. Мухадзе, Н.Н. Петров, И.Г. Руфанов, А.Г. Савиных, В.П. Филатов, В.Н. Шевкуненко и С.С. Юдин. Все они были утверждены как действительные члены Академии. Институт почетных членов был упразднен.

С чем были связаны эти новые исключения и перемещения? Ведь если А.Л. Поленов и В.М. Мыш в последующем вошли в состав Академии, то Н.А. Богораз, удостоенный в 1950 г. Сталинской премии и поработавший во 2-м МГМИ до своей кончины в 1952 г., так и не стал членом Академии. Предполагаем, что, возможно, это было связано с тем, что в годы Гражданской войны работавший в Ростове-на-Дону Н.А. Богораз не выбирал пациентов по классовой принадлежности, оперируя и «красных», и «белых». В частности, прооперировав брата Г.К. (Серго) Орджоникидзе, следом за ним он лечил одного из лидеров белого движения на Дону, генерала М.Г. Дроздовского.

Все это, конечно – косвенно, свидетельствует о том, что в первый состав Академии были отобраны, с одной стороны, действительно выдающиеся хирурги – лидеры в своих направлениях хирургии, а с другой стороны, отбор помимо научных заслуг проводился и по другим, возможно, политическим мотивам.

20 – 22 декабря 1944 г. на 1-й Учредительной сессии Общего собрания (ОС) АМН СССР утвержденные 14 ноября 1944 г. академики утвердили ее Устав и избрали руководителей – президента, вице-президентов, членов президиума и академиков-секретарей.

Общее число хирургов в первом составе АМН СССР (13 человек) составило 21,6% от общего состава Академии (60 членов). Иначе говоря, каждый 5-й из первых академиков был хирургом. На наш взгляд, такое количественное преимущество было продиктовано насущными вопросами военного времени, когда первостепенными задачами ученых-медиков были, в основном, хирургические: разработка эффективных методов лече-

ния ран, лечение и профилактика раневых инфекций антибактериальными средствами, совершенствование средств и методов обезболивания, противошоковые мероприятия, заготовка донорской крови для фронта, восстановление здоровья инвалидов войны.

Обратим также внимание читателя на то, что при создании Академии было открыто 6 специальностей хирургического профиля: «хирургия», «нейрохирургия», «онкология», «туберкулез», «отоларингология» и «офтальмология». При этом пять из них были открыты под конкретными специалистами – Н.Н. Бурденко, Н.Н. Петров, П.Г. Корнев, В.И. Воячек и В.П. Филатов. В последующем «отоларингология» и «офтальмология» выделились из хирургии, а хирургов-онкологов и хирургов-фтизиатров стали избирать по специальностям «хирургия, онкология», «онкохирургия» и «хирургия легочного туберкулеза», поэтому далее мы будем анализировать только хирургические специальности, не беря во внимание «отоларингологию» и «офтальмологию». В таком случае в первый состав Академии вошло 10 «чистых» хирургов и один хирург-онколог (Н.Н. Петров), а их относительное количество составляет 18,3%.

На 2-й сессии ОС АМН СССР, состоявшейся в ноябре 1945 г., в действительные члены Академии по специальности «хирургия» были избраны ученые, фигурировавшие ранее в различных списках как кандидаты: Т.П. Краснобаев, С.Р. Миротворцев, В.М. Мыш, А.Л. Поленов и В.Н. Шамов, а также новые персоналии: Вениамин Романович Брайцев и Алексей Петрович Крымов.

На 3-й сессии ОС Академии, прошедшей в 1946 г., к хирургам-академикам добавились Александр Васильевич Вишневский (действительный член), Александр Николаевич Бакулев и Алексей Николаевич Максименков (оба – члены-корреспонденты). В 1948 году в Академию были избраны Александр Васильевич Мельников (действительный член) и Борис Григорьевич Егоров (член-корреспондент).

Отметим, что А.Н. Бакулев и А.Н. Максименков были первыми хирургами, кого избрали в члены-корреспонденты АМН СССР, а А.В. Мельников – последним, кого избрали сразу в действительные члены, минуя статус члена-корреспондента. Начиная с 1948 г. путь в действительные члены Академии лежал только через звание члена-корреспондента.

Так в 1950 г. членами-корреспондентами АМН СССР по специальности «хирургия» были избраны Александр Иванович Савицкий и Николай Варденович Антелава, в 1952г. – Александр Александрович Вишневский, в 1953 г. – Антонин Николаевич Филатов и Борис Васильевич Петровский. Мы проследили динамику количественного состава действительных членов и членов-корреспондентов АМН СССР – РАМН хирургического профиля за период с 1944 по 2004 г. (табл. 1)

Таблица 1.

Хирурги, избранные действительными членами (академиками) и членами-корреспондентами АМН СССР и РАМН с 1944 по 2004 г.

Годы	Общее число членов академии	Действительные члены по специальности «хирургия»	Члены – корреспонденты по специальности «хирургия»	Действительные члены по специальности «онкология»	Члены – корреспонденты по специальности онкология	Общее число хирургов и онкологов в академии
1944	60	10	–	1	–	11 (18,3%)
1954	273	19	18	1	5	43 (15,7%)
1984	616	44	35	5	7	91 (15,6%)
1994	795	53	46	8	8	115 (14,5%)
2004	1032	66	66	14	10	156 (15%)

Из приведенных в таблице данных следует, что в год 10-летия Академии (1954) в ней состояло 273 члена, из которых хирургов и онкологов (последних мы включили в анализ, исходя из того, что эта специальность фигурировала среди хирургических, начиная с 1944 г.) было 43 человека (что составило 15,7% от общего состава Академии). Через 40 лет (в 1984г.) из 584 членов Академии хирургов и онкологов насчитывалось 91(15,6%). Через 50 лет из 793 членов РАМН было 115 хирургов (14,5%). Через 60 лет (2004) из 1032членов РАМН хирургов было 156 (15%). Таким образом, на протяжении 60 лет существования АМН СССР – РАМН, несмотря на многократное увеличение числа ее членов, относительное количество хирургов в ней, исключая год создания Академии в период Великой Отечественной войны (18%), оставалось постоянным и равнялось в среднем 15%.

То, что хирургия – не женская профессия косвенно доказывает факт преобладания среди членов Академии по хирургическим специальностям мужчин. В первый раз женщина-хирург была избрана в Академию только в 1986 г. Первой женщиной – членом-корреспондентом по специальности «сердечно-сосудистая хирургия», а затем – действительным членом АМН СССР стала Елена Евгеньевна Литасова.

Возрастной состав хирургической элиты страны на момент избрания в Академию за 60 лет ее существования (действительным членом или членом-корреспондентом) был следующим: в возрасте от 39 до 50 лет в Академию были избраны (кроме первого состава, который был утвержден) 23 хирурга, от 51 до 60 лет – 64 человека, от 61 до 70 лет – 61 человек и от 71 до 80 лет – 8 хирургов. Таким образом, на момент избрания в действительные члены и члены корреспонденты в возрасте от 51 до 70 лет было почти 80% хирургов. (табл. 2)

Таблица 2.

Возрастной состав хирургов, избранных действительными членами (академиками) и членами-корреспондентами АМН СССР и РАМН с 1944 по 2004 г.

Возрастные группы	Действительные члены	Члены – корреспонденты	Всего
37– 50	5	18	23
51 – 60	35	29	64
61 – 70	32	29	61
71 – 80	8	–	8

Самым молодым (в период с 1944 по 2004 гг.) из избранных членов Академии был 37-летний член-корреспондент Дмитрий Валерьевич Шумаков, а самым пожилым – 80-летний Тимофей Петрович Краснобаев. Наиболее «возрастными» из действующих академиков-хирургов в указанный период времени были: 104-летний Федор Григорьевич Углов, 100-летний Борис Алексеевич Королев и 96-летний Борис Васильевич Петровский, который до своей кончины возглавлял Совет старейшин Академии. Обратим внимание на случайное совпадение: все хирурги-долгожители были кардиоторакальными хирургами.

Известно, что дифференциация хирургии на отдельные направления началась в первой половине 20 века, когда из нее выделились нейрохирургия, онкология, хирургия костно-суставного и легочного туберкулеза и некоторые другие специальности. Во второй половине 20 века эта дифференциация продолжилась. Мы проследили ее на примере открытия новых хирургических специальностей в АМН СССР – РАМН с 1944 по 2004 гг.

В 1945 г. первым членом-корреспондентом по специальности «урология» был избран Александр Петрович Цулукидзе, а в 1946 г. по специальности «оперативная хирургия и топографическая анатомия» – Алексей Николаевич Максименков. В этом же году по специальности «травматология и ортопедия» членом-корреспондентом стал Василий Дмитриевич Чаклин. В 1948 г. по вновь открытой специальности «онкология, гинекология» первым в Академию прошел Александр Иванович Серебров, а в 1950 г. Александр Иванович Савицкий стал членом-корреспондентом по специальности «хирургия, онкология». В 1957 г. по специальности «хирургия легочного туберкулеза» членом-корреспондентом стал Лев Константинович Богуш, а в 1963 г. по «детской хирургии» первым в Академию был избран Гирей Алиевич Баиров. В 1969 г. по специальности «топографическая анатомия и экспериментальная хирургия» в Академию прошел Юрий Михайлович Лопухин, а первым членом-корреспондентом по «сердечно-сосудистой хирургии» в 1971 г. стал Владимир Иванович Бураковский.

В 1978 г. в Академии появилась специальность «трансплантология», на которую был избран лидер этого направления хирургии Валерий Ива-

нович Шумаков. В том же году было открыто место по «анестезиологии и реаниматологии» (эту специальность мы отнесли к хирургическим, поскольку она выделилась из хирургии), на которое был избран Геннадий Алексеевич Рябов. В 1982 г. наряду с сердечно-сосудистой хирургией появилась «сосудистая хирургия», по которой в Академию был избран безусловный лидер сосудистых хирургов страны Анатолий Владимирович Покровский.

Это может показаться удивительным, но военно-полевая хирургия, возникшая как направление, благодаря Н.И. Пирогову и его последователям, как академическая специальность появилась только в 1984 г., когда членом-корреспондентом по ней стал Константин Михайлович Лисицын, генерал-лейтенант медицинской службы, главный хирург ЦКВГ им. А.А. Вишневского и главный хирург МО СССР.

Первыми членами-корреспондентами по кардиохирургии, выделившейся в 1991 г. из сердечно-сосудистой, стали Лео Антонович Бокерия и Борис Алексеевич Константинов. В 1994 г. по специальности «детская онкология» был избран Лев Абрамович Дурнов, а по «колопроктологии» первым членом-корреспондентом РАМН стал Геннадий Иванович Воробьев. В 1995 г. появилось место по «онкохирургии», на которое был избран Владимир Петрович Харченко. В 1997 г. началась дифференциация кардиохирургии, когда появился первый член-корреспондент по «детской кардиохирургии». Им стал Владимир Петрович Подзолков. В том же году в Академию были избраны сразу два хирурга по вновь открытой «микрохирургии» – Николай Олегович Миланов и Ренат Сулейманович Акчурин. В 1999 г. в РАМН появилась специальность «хирургия печени», на которую был избран Валентин Андреевич Журавлев.

В начале нового столетия, в 2001 г., был избран первый член-корреспондент по «детской анестезиологии и реаниматологии». Им стал Александр Иосифович Салтанов. В 2002 г. в РАМН появились возникшие еще в 30-е годы прошлого века «торакальная хирургия» (Яков Нахманович Шойхет) и «гнойная хирургия» (Алексей Михайлович Светухин). В том же году были открыты специальности «лимфология», место по которой занял Иван Васильевич Ярема, и «нейротравматология», на которую был избран Александр Александрович Потапов.

Наконец, в 2004 – 2005 гг. в Академию по специальностям уже 21 века были избраны лидеры этих направлений в стране: Дмитрий Валерьевич Шумаков – по «вспомогательному кровообращению в кардиохирургии», Баграт Гегамович Алекаян – по «детской эндоваскулярной хирургии» и Александр Иванович Кириенко – по выделившейся из сосудистой хирургии «флебологии». (табл. 3)

Таблица 3.

Дифференциация хирургии во второй половине 20 века на примере открытия в АМН СССР – РАМН с 1944 по 2004 г. мест по узким хирургическим специальностям.

Специальность	Первый член АМН СССР, избранный по этой специальности (дч – действительный член академии; чк – член – корреспондент)
Нейрохирургия	Н.Н. Бурденко 1944 дч
Онкология	Н.Н. Петров 1944 дч
Урология	А.П. Цулукидзе 1945 чк
Травматология и ортопедия	В.Д. Чаклин 1945 чк
Оперативная хирургия и топографическая анатомия	А.Н. Максименков 1946 чк
Онкология, гинекология	А.И. Серебров 1948 чк (1957 дч)
хирургия, онкология	А.И. Савицкий 1950 чк (1960 дч)
хирургия легочного туберкулеза	Л.К. Богуш 1957 чк (1963 дч)
Детская хирургия	Г.А. Баиров 1963 чк
Топ.анатомия и экспериментальная хирургия	Ю.М. Лопухин 1969 чк (1971 дч)
Сердечно – сосудистая хирургия	В.И. Бураковский 1971чк (1978 дч)
Трансплантология	В.И. Шумаков 1978 чк (1988 дч)
Анестезиология и реаниматология	Г.А. Рябов 1978 чк (1988 дч)
Сосудистая хирургия	А.В. Покровский 1982 чк (1997 дч)
Военно – полевая хирургия	К.М. Лисицын 1984 чк
Кардиохирургия	Л.А. Бокерия 1991 чк (1994 дч) Б.А. Константинов 1991 чк (1994 дч)
Детская онкология	Л.А. Дурнов 1994 чк (1999 дч)
Колопроктология	Г.И. Воробьев 1994 чк (2000 дч)
Онкохирургия	В.П. Харченко 1995 чк (2000 дч)
Детская кардиохирургия	В.П. Подзолков 1997 чк (2000 дч)
Микрохирургия	Р.С. Акчурин 1997 чк (2000 дч) Н.О. Миланов 1997 чк (2000 дч)
Хирургия печени	В.А. Журавлев 1999 чк
Детская анестезиология и реаниматология	А.И. Салтанов 2001 чк
Торакальная хирургия	Я.Н. Шойхет 2002 чк
Гнойная хирургия	А.М. Светухин 2002 чк
Лимфология	И.В. Ярема 2002 чк
Нейротравматология	А.А. Потапов 2002 чк
Вспомогательное кровообращение	Д.В. Шумаков 2004 чк
Флебология	А.И. Кириенко 2004 чк
Детская эндоваскулярная хирургия	Б.Г. Алесян 2005 чк

Все это, безусловно, выдающиеся советские хирурги, составившие целые эпохи в своих специальностях и по праву ставшие основоположниками многих из них в России. Нетрудно заметить, что новые специальности нере-

дко открывались под конкретных ученых, активно развивавших то или иное направление хирургии. Но были и другие прецеденты, когда вновь открытые специальности «заканчивались» на тех, под которых они были созданы. Так, благодаря В.И. Бураковскому и его школе, специальность «сердечно-сосудистая хирургия» получила мощное развитие и вскоре после ее учреждения сама стала делиться на более узкие специальности (кардиохирургия, детская кардиохирургия, сосудистая хирургия, флебология и др.). В то же время по специальности «топографическая анатомия и экспериментальная хирургия» после Ю.М. Лопухина никого не избирали.

Были также примеры, когда по вновь открытым специальностям избирали специалистов «второго эшелона». Так, «primusinter pares» отечественной анестезиологии и реаниматологии, защитивший первую в стране докторскую диссертацию по анестезиологии, инициатор созыва Всесоюзных съездов анестезиологов-реаниматологов и председатель 1-го съезда Тигран Моисеевич Дарбинян никогда не баллотировался в Академию. Не стали ее членами и первые главные анестезиологи-реаниматологи СССР – Виктор Прокофьевич Смольников и Владимир Андреевич Кованев.

Смеем предполагать, что, наряду с «избранием в Академию» существовало и «назначение в Академию». Так, в нашей работе, посвященной судьбе одного из директоров ИССХ АМН СССР Сергея Александровича Колесникова (Глянцев С.П., 2008), показано, как «не прошел» в Академию этот во всех отношениях выдающийся хирург, один из пионеров кардиохирургии, создатель крупной научно-практической школы, из которой только докторов медицинских наук вышло более 30, номинированный в 1965 г. на Ленинскую премию за разработку искусственного кровообращения и внедрение его в практику хирургии сердца.

В 1961 г. на 5 мест по специальности «хирургия» претендовало более 20 человек, но более 15 голосов, достаточных для прохождения в Академию, было отдано пяти заранее отобранным кандидатам (причем, за них голосовали «списком»). С.А. Колесников, единственный из оставшихся, получил 14 «белых шаров», но 3 его бюллетеня оказались испорченными. Остальные кандидаты набрали в свою поддержку от 0 до 4-х голосов, хотя среди них были и те, кто в последующем стали действительными членами Академии, например, однофамилец С.А. Колесникова Иван Степанович Колесников. По воспоминаниям вдовы С.А. Колесникова и с его слов, одной из основных «претензий» к Сергею Алексеичу было его «арестантское» прошлое (известно, что с 1947 по 1954 гг. С.А. Колесников был репрессирован).

С момента учреждения Академии и на всем протяжении ее существования (в нашем исследовании – до 2004 г.) хирурги играли в ее деятельности ведущие роли. Так, большую роль в создании АМН СССР сыграли председатель УМС НКЗ СССР Н.Н. Бурденко и его заместитель И.Г. Руфанов. В по-

следующем Н.Н. Бурденко стал первым президентом Академии (1944 – 1946), а И.Г. Руфанов – академиком-секретарем ОКМ. Президентами АМН СССР были хирурги А.Н. Бакулев (1953 – 1960) и, дважды, Николай Николаевич Блохин (1960 – 1968 и 1977 – 1987). Президентом РАМН был Михаил Иванович Давыдов (2006 – 2011). Получается, что из 8 президентов АМН СССР – РАМН за рассматриваемый период времени половина были хирургами.

Вице-президентами Академии в разные годы избирались Петр Андреевич Куприянов (1944 – 1950), Владимир Васильевич Кованов (1966 – 1967) и Юрий Федорович Исаков (1989 – 2001); главным ученым секретарем Президиума РАМН в период с 1966 по 1967 гг. был Виктор Иванович Стручков. 12 хирургов в разные годы работали членами Президиума АМН СССР – РАМН, трое – академиками-секретарями ОКМ, четверо избирались советниками Президиума РАМН (табл. 4).

Таблица 4.

Роль хирургов в деятельности АМН СССР – РАМН с 1944 по 2004 г.

Название должности	Кол-во	ФИО
Президент	4	Бурденко Н.Н., Бакулев А.Н., Блохин Н.Н. (дважды), Давыдов М.И.
Вице – президент	3	Куприянов П.А., Кованов В.В., Исаков Ю.Ф.
Ученый секретарь Президиума	1	Стручков В.И.
Член Президиума	11	Джанелидзе Ю.Ю., Колесов А.П., Коновалов А.Н., Константинов Б.А., Кузин М.И., Ромоданов А.П., Федоров В.Д., Харченко В.П., Чиссов В.И., Шевченко Ю.Л., Бокерия Л.А.
Академик-секретарь ОКМ	3	Руфанов И.Г., Арутюнов А.И., Егоров Б.Г.
Советник Президиума	4	Дурнов Л.А., Исаков Ю.Ф., Лопухин Ю.М., Сидоренко Ю.С.

Известно, что с начала деятельности Академии, как было записано в ее Уставе, Президиум присуждал именные премии выдающимся ученым страны за лучшие научные работы в различных областях биологии и медицины. «Рекордсменом» по числу таких премий среди хирургов стал академик РАН (1966) и РАМН (1957) Б.В. Петровский (1908 – 2004), удостоенный пяти академических премий: четырех «хирургических» – Н.И. Пирогова (1979, 1998), Н.Н. Бурденко (1951) и А.Н. Бакулева (1976), и одной премии имени Н.А. Семашко (1978).

О том, что члены АМН СССР – РАМН занимали лидирующие позиции в советской и российской хирургии, может свидетельствовать и распределение среди них различных государственных и академических наград и премий. (табл. 5).

Таблица 5.

Хирурги – члены АМН СССР – РАМН, отмеченные в период с 1944 по 2004 г. различными государственными и академическими наградами и премиями

Название награды или премии	Кол-во награжденных академиков	Кол-во награжденных членов-корреспондентов	Всего
Звание Героя Социалистического труда	20	5	25
Государственная премия СССР – РФ	59	19	78
Ленинская премия	17	1	18
Премия СМ СССР – Правительства РФ	13	6	19
Премия имени Н.И. Пирогова	5	1	6
Премия имени Н.Н. Бурденко	8	2	10
Премия имени А.Н. Бакулева	12	3	15
Премия имени Н.Н. Петрова	3	3	6
Премия имени С.И. Спасокукоцкого	11	-	11
Другие	21	5	26
Всего	169	44	213

Таким образом, анализ состава хирургов – действительных членов и членов-корреспондентов АМН СССР и его динамики, как личностный, так и по специальностям, показал, что в Академию, как правило, попадали профессионалы высокого уровня, коих в целом можно отнести к элите советской и российской хирургии. Однако в некоторых случаях избрание (или не избрание) в Академию того или иного ведущего хирурга происходило, исходя не только из его заслуг, но и с учетом политической обстановки, сложившейся в стране во время его активной творческой деятельности.

Подтверждением этому служит несколько раз менявшийся (без видимых на то причин) состав членов-учредителей АМН СССР, в результате ряд выдающихся хирургов страны, в частности, П.А. Герцен и Н.А. Богораз, так и не стали членами Академии.

За 60 лет существования Академии количество хирургов в ней оставалось относительно постоянным и равнялось примерно 15%.

Если при создании Академии в ней было 3 хирургических специальности (хирургия, нейрохирургия и онкология; специальности, отнесенные к хирургии в 1944 г. – «отоларингология», «офтальмология» и «фтизиатрия» в дальнейшем не относили к хирургическим, за исключением «хирургии легочного туберкулеза»), то к 2014 г. их стало порядка 30, что косвенно отражает дифференциацию хирургии в СССР и России во 2-й половине XX века.

Изначально и на всем протяжении деятельности Академии (по крайней мере – до 2004 г.) хирурги играли в ней ведущие роли, занимая руководящие должности чаще представителей других областей биологии и медицины.

Литература

1. Глянцев С.П., Сергей Колесников. Судьба хирурга. М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2008.
2. Глянцев С.П., Сточик А.А. От ВИЭМ им. А.М. Горького к идее создания Академии медицинских наук СССР (1932 – 1942 гг.). Проблемы социальной гигиены, организации здравоохранения и истории медицины. 2016; 24 (1): 53 – 57.
3. Глянцев С.П., Сточик А.А. Первые шаги на пути к созданию Академии медицинских наук СССР (весна – лето 1943 г.). Проблемы социальной гигиены, организации здравоохранения и истории медицины. 2016; 24 (6): 375 – 384.
4. 40 лет Академии медицинских наук. М.: НПО «Медицинская энциклопедия», 1984:213 – 245.
5. 50 лет Академии медицинских наук. М.: НПО «Медицинская энциклопедия», 1994: 333 – 445.
6. 60 лет Академии медицинских наук. М.: НПО Медицинская энциклопедия 2004: 343 – 486.
7. Базанов В.А. История АМН СССР: Машинопись. М.; 1979: 21 – 30.
8. ГАРФ. Ф. 8009, Оп. 2, Д. 458, л. 23 (об.).
9. ГАРФ. Ф. 6742, Оп. 2, Д. 172, л. 31.
10. ГАРФ. Ф. 8009, Оп. 2, Д. 458, л. 33.
11. Архив РАМН. Ф. 2, Оп. 1, Д. 219, Л. 8.

ИЗ ИСТОРИИ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ КАК ПРЕДМЕТА*Л.Г. Агасаров, Т.Е. Соколова**Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии***HISTORY OF FORMATION OF REFLEXOTHERAPY AS SUBJECT***L.G. Agasarov, T.E. Sokolova**Russian Scientific Center of Medical Rehabilitation and Balneology*

Аннотация: статья посвящена основным этапам формирования рефлексотерапии как медицинского направления в нашей стране. Приведены исторические ссылки, отражен современный статус рефлексотерапии, а также преемственность в работе головных научно-исследовательских учреждений. Отдельно отмечена роль Профессиональной ассоциации в консолидации специалистов.

Abstract: The article is dedicated to the basic milestones of development of reflexotherapy (acupuncture) as a line of medical research in Russia. Present article contains historic references, information about modern status of acupuncture and marks continuity of work among the leading Research Institutes. Also is shown a part of Professional Association in consolidation of specialists.

Ключевые слова: рефлексотерапия, иглоукалывание, акупунктура, традиционная медицина, профессиональная ассоциация.

Key words: reflexotherapy, acupuncture, traditional medicine, Professional association.

История отечественной рефлексотерапии пестрит вереницей включений в те или иные междисциплинарные системы. Помимо недавнего объединения с неврологией, ее относили или по-прежнему относят к физиотерапии, реабилитации, традиционной и восстановительной медицине. И если последняя как клиническая отрасль (в противовес научной составляющей) утрачена, то традиционная все еще на слуху.

Данное направление, выделенное экспертной группой ВОЗ в конце 80-х годов прошлого столетия, представлено тремя разделами – акупунктурой, мануальной терапией и фито лечением. В основе каждого из них лежит многовековой опыт народной медицины, распространенный за пределы историко-географического зарождения. Эта, в лучшем понимании слова, инвазия нашла отражение в череде сменяющихся синонимов рефлексотерапии – китайском чжень-цзю (дословно, иглоукалывание и прижигание), европейском акупунктура и, наконец, отечественном игло-терапия.

В этой связи отметим, что однозначных представлений о времени и месте зарождения иглотерапии нет, вплоть до гипотез о внеземном происхождении. Тем не менее, общепринята оценка метода как китайского, в основе которого, согласно хрестоматийной версии, лежит случай – удар по голени мотыгой, отвлекший от мучительной головной боли.

Переход от эмпирики к выявлению закономерностей относят к периоду правления императора Фу-Си, причем замену болезненных ударов камнем щадящим уколом иглой связывают с его именем. Одним из первых письменных упоминаний о данном методе является трактат «Хуанди-Ней-Цзин» (ориентировочно 3-й век до н.э.), а синтезом хирургии, гимнастики («игра пяти зверей») и иглоукалывания служит манускрипт Хуа То (3-й век н.э.). Сам термин чжень-цзю почерпнут из книги «Цзя-и-Цзин», снабженной схемами расположения точек на теле человека.

В дальнейшем, в эпоху монгольского и маньчжурского ига, развитие способа затормаживается, а подъем отмечается лишь в 50-е годы прошлого столетия. Тогда же врач Чжу Лянь возглавляет созданный в Пекине профильный институт, а написанное ею «Руководство по чжень-цзю терапии» переводят на русский язык.

В Европе метод известен с 17-го века, причем одной из первых здесь называют монографию L.Berlioz «Записки о хронических заболеваниях, кровопускании и акупунктуре» (1816). С учетом некоего параллелизма периодов спада и подъема, очередной бум акупунктуры в Европе и, прежде всего, во Франции, также наблюдается в 50-е годы двадцатого века.

В царской России первые сведения об иглотерапии обнародованы в 1828 году профессором Медико-хирургической академии П.А.Чаруковским. Позже, в середине 19-го века, сотрудник миссии в Пекине А.А.Татаринов подробнее описывает этот способ, который уже применялся в стране отдельными подвижниками, чаще выходцами из Восточной Азии.

В Советском Союзе масштабное изучение и применение иглоукалывания начинается со второй половины 50-х годов, когда из Китая, после обучения, возвращается группа отечественных специалистов. Параллельно создаются профильные научно-исследовательские лаборатории и учебные структуры, причем метод официально обозначают как рефлексотерапия.

Так, в 1976 году в Москве открыт Центральный научно-исследовательский институт рефлексотерапии, который возглавил представитель классической физиологии профессор Р.А. Дуринян. Институт выполнил поставленную перед ним задачу научного обоснования метода, и, соответственно, перехода от древних воззрений к его современной трактовке.

Последующее расширение круга решаемых задач привело в 1991 году к реорганизации данного учреждения в НИИ традиционных методов лечения (директор – академик РАМН В.Г. Кукес). Институт просуществовал до 1999 года, с последующей недолгой трансформацией в ведомственный Центр традиционных методов диагностики и лечения.

В результате функции головного по проблеме взял на себя Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии Минздрава России, возглавляемый академиком РАМН профессором А.Н.Разумовым. Сегодня этому учреждению, обозначенному уже как Федеральный научный центр медицинской реабилитации и курортологии (руководитель – Н.А.Старцева), делегировано решение основных научно-практических задач в области нелекарственных методов лечения.

Что касается прикладных аспектов, то рефлексотерапию десятки лет применяли как один из методов в широкой медицинской практике, и только в 1997 году признали самостоятельной специальностью. Позднее рефлексотерапию отнесли к дисциплинам, требующим углубленной подготовки, а базовой по отношению к ней выступила неврология. Однако с 2015 года обучение предмету делегировано представителям без малого сорока лечебных специальностей, что, несомненно, расширяет границы его применения.

В настоящее время рефлексотерапия представлена более 20 методами воздействия, включая современные аппаратные и медикаментозные технологии. Однако параллельно отмечен очередной всплеск интереса к классическим и авторским способам иглотерапии. Среди последних необходимо выделить Су Джок терапию, разработанную Пак Чжэ Ву (Корея), и метод геометрической акупунктуры, пропагандируемый Нго Суан Бинем (Вьетнам).

Сама трактовка места рефлексотерапии в системе медицинских мероприятий противоречива, вплоть до рассмотрения ее подвидом психотерапии. Настоящая технология действительно окрашена психотерапевтическим флером и, не исключено, даже в большей степени, чем другие виды лечебного воздействия. Однако налицо и физический компонент – к примеру, глубокого, на 6-7 сантиметров, погружения акупунктурной иглы в ягодичные мышцы. Соответственно, способ зарекомендовал себя в лечении и реабилитации пациентов не только с функциональными нарушениями, но и органическим субстратом заболевания.

Здесь, с чувством глубокого уважения, сошлемся на фамилии ушедших из жизни апологетов метода профессоров Г. Лувсана, В.Н. Цибуляка, Е.Л. Мачерет, Н.Н. Богданова, Н.Н. Осиповой, хотя список, к сожалению, гораздо шире. Из действующих специалистов выделим профессоров В.С. Гойденко, Г.Н. Авакяна, С.А. Радзиевского, А.М. Василенко, Г.А. Иваничева, О.И. Загоруйко, И.З. Самосюка, Т.Е. Белоусову, однако и этот перечень явно неполон.

В общепрофессиональном плане в 1990 году впервые была организована Всесоюзная ассоциация акупунктуры и традиционной медицины, которую возглавил флагман ленинградской школы, профессор А.Т. Качан. В 2003 году она воссоздана как Профессиональная ассоциация рефлексотерапевтов (президент – профессор Л.Г. Агасаров, директор – В.В. Соколов), насчитывающая сегодня без малого 2000 членов. Основной задачей ассоциации является защита интересов и консолидация специалистов, включая проведение объединяющих мероприятий различной направленности.

Несмотря на традиционные корни, рефлексотерапия является развивающейся дисциплиной. В последние годы издается большое количество специальной литературы, выполняются диссертационные исследования. Так, за последние 15 лет в диссертационном совете при Федеральном центре медицинской реабилитации и курортологии по специальности «Восстановительная медицина...» защищено около шестидесяти работ, посвященных вопросам традиционной медицины.

Литература

1. Авакян Г.Н. Рефлексотерапия заболеваний нервной системы. – М., 1999. – 297 с.
2. Агасаров Л.Г. Руководство по рефлексотерапии: учебное пособие. – М., 2001. – 304 с.
3. Василенко А.М., Осипова Н.Н., Шаткина Г.В. Лекции по рефлексотерапии. – М, 2002. – 361 с.
4. Иваничев Г.А. Сенсорное и рефлекторное взаимодействие в механизмах акупунктуры. – Казань, 1999. – 144 с.
5. Лувсан Г. Традиционные и современные аспекты восточной медицины: Учебное пособие. – М., 2000. – 400 с.

6. Мачерет Е.Л., Самосюк И.З., Лысенюк В.П. Рефлексотерапия в комплексном лечении заболеваний нервной системы. – Киев, 1989. – 230 с.

7. Радзиевский С.А., Бобровницкий И.П., Солодовникова Т.С., Агасаров Л.Г., Бокова И.А., Орехова Э.М., Кончугова Т.В., Лукьянова Т.В. Адаптивные механизмы кардио- и сосудопротекторного действия рефлексотерапии / Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. – 2013, № 1. – С.55-59.

ИСТОРИЧЕСКИЕ ИСТОКИ СОВЕТСКОЙ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И МЛАДЕНЧЕСТВА

Альбицкий В.Ю., Шер С.А.

*ФГАУ «Национальный научно-практический центр здоровья детей»
Минздрава России*

HISTORICAL SOURCES OF THE SOVIET SYSTEM OF MATERNITY AND INFANCY CARE

Albitskiy V.Yu., Sher S.A.

Federal State Autonomous Institution «National Scientific and Practical Center of Children's Health» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

Аннотация: в статье представлен анализ исторических истоков Советской системы охраны материнства и младенчества. Показана история становления системы медико-социальной помощи детям в Имперской России, формирования гражданского общества и государства к проблеме охраны здоровья детей, развития педиатрии как самостоятельной науки и практики.

Abstract: There is presented analysis of historical sources of the Soviet system of maternity and infancy care. The article shows the history of becoming to a system of the medical and social care for children in Imperial Russia, formation of special attention to a civil society and the state to problems of children's health care, beginning of pediatrics as independent science and practice.

Ключевые слова: охрана материнства и младенчества, медико-социальная помощь детям, педиатрия.

Key-words: maternity and infancy care, medical and social care for children, pediatrics.

Прошло четверть века после распада СССР, и осмысление советского наследия становится насущной историко-медицинской задачей. Данный посыл в полной мере касается такой важнейшей социальной проблемы как охрана материнства и младенчества (ОММ).

Большинство советских исследователей, с одной стороны, подчёркивало, что государственная система ОММ в СССР использовала отдельные тео-

ретические и практические наработки передовых учёных и земских врачей в области охраны здоровья детей, что «послужило своеобразным трамплином для строительства охраны материнства и детства в СССР» [1]. С другой стороны, категорично заявлялось, что «буржуазное царское правительство не проявляло никакой заботы о здоровье матерей и детей» [2]. Вместе с тем, специальных исследований охраны здоровья младенцев, предупреждения их чрезвычайно высокой смертности в Имперской России с позиции исторического развития как предтечи советской ОММ не проводилось.

В истории Имперской России условно можно выделить два значимо отличающихся по форме и по содержанию периода – до реформ императора Александра II и послереформенный, когда реформы дали толчок для бурного социального, экономического и культурного развития государства.

Одной из острейших социальных проблем Российской Империи XVIII века являлась запредельно высокая смертность детей на первом году жизни и значительное число рожденных вне брака новорожденных. Последнее явление характеризовалась нетерпимым социальным злом – подкидыванием «засорных» новорожденных, а то и их убийством. Именно названным обстоятельством обусловлены предпринятые в России во второй половине XVIII века первые шаги по реализации конкретных медико-социальных мер по призрению, сохранению жизни и воспитанию внебрачных детей и сирот.

Данная социальная политика знаменуется следующими тремя значительными административными актами. Во-первых, по инициативе И.И. Бецкого Екатериной II были учреждены Императорские дома в Москве (1763 г.) и Петербурге (1770), которые объявлялись государственными учреждениями. Следующим шагом в формировании государственной социальной политики стала проведенная в 1775 г. губернская реформа, согласно которой в каждой губернии создавалось специальное губернское ведомство «Приказ общественного призрения». Ему вменялось в обязанность учреждение и содержание народных школ, сиротских домов, госпиталей, больниц, богаделен, а также призрение незаконнорожденных детей и подкидышей [3]. В-третьих, в истории оказания социальной и медицинской помощи детям значительную роль играла благотворительность, являвшаяся важнейшей составляющей охраны здоровья детей в монархической России. В 1796 г. императорский указ, согласно которому руководителем всеми социальными учреждениями России, стало «Ведомство учреждений Императрицы Марии», Покровителем Ведомства стала супруга императора Павла I императрица Мария Федоровна. Под её руководством за более чем 30-летний период создаётся целый комплекс благотворительных учреждений, в том числе для инвалидов детства по слуху и зрению, бедных рожениц, сиротские домов и приюты.

Несомненным событием в российской истории охраны здоровья детей в дореформенный период стало создание предпосылок для выделения педиатрии в самостоятельную науку и предмет преподавания, а через неё – в формирование взглядов на охрану здоровья детей как на системную проблему. Выделим в этом отношении три посыла.

Во-первых, в XVIII-начале XIX веков сбережение жизни младенцев становится заметным явлением общественной и научной мысли. Указанная проблема привлекала пристальное внимание общественности, прогрессивных ученых и врачей: М.В. Ломоносова, С.Г. Зыбелин, Н.М. Максимовича-Амбодика, И.Л. Данилевского и др. Свидетельством острого беспокойства российской общественности крайне высоким уровнем младенческой смертности является объявление в 1833 г. Вольно-экономического общества конкурса на лучшее сочинение «О причинах большой смертности детей на первом году жизни и мерах к её отвращению» [4].

Во-вторых, зарождение практической педиатрии в России связано не только с организацией Воспитательных домов, но и с открытием трех детских больниц на 240 коек – двух в Петербурге (1834 г. и 1844 г.) и в Москве (1842 г.). Здесь важно подчеркнуть, что в воспитательных домах и первых детских больницах врач приходил в палаты больных детей ежедневно в течение многих лет, поэтому легко предположить, что он в отличие от коллег, работающих в стационарах для взрослых пациентов, эмпирически формировался как врач-педиатр. Другими словами, воспитательные дома и первые детские больницы, став своего рода кузницей первых детских врачей, доказывали необходимость преподавания детских болезней.

В-третьих, центральным событием в формировании научной педиатрии стало появление в 1847 г. первого отечественного руководства по педиатрии «Педиятрики» С. Ф. Хотовицкого. Он выдвинул важнейший постулат о том, что предмет педиатрии не только больной, но и здоровый ребёнок, а её объект – в равной степени сохранение здоровья и лечение болезни.

Давая объективную оценку системе охраны здоровья детей дореформенной России, следует сказать, что она не решила главную проблему – заметного снижения детской смертности. Однако государство и общество, во-первых, создали пусть ограниченную, но систему медико-социальной помощи самому не защищенному контингенту детей – незаконнорожденным и сиротам. Во-вторых, в воспитательных домах и детских больницах стал накапливаться опыт не только клинической, но и профилактической педиатрии. В-третьих, в первой половине XIX века формируются условия для выделения педиатрии в самостоятельную отрасль медицины.

Во второй половине XIX столетия в России острой становится постановка вопроса о необходимости значительно большего внимания со стороны государства к сохранению жизни и здоровья детей, прежде всего, у самой

многочисленной и беднейшей части населения – крестьян, а также рабочих. В наибольшей степени этому способствуют: а) деятельность первых педиатрических и гигиенических кафедр; б) возможности земского самоуправления; в) активная позиция нарождающегося гражданского общества в лице многочисленных общественных организаций.

Среди реформ императора Александра II важное место занимала университетская реформа (1863 г.). Она значительно расширила автономию высших учебных заведений, открывших детские клиники и начавших преподавать самостоятельные курсы детских болезней. Университетская реформа также способствовала выделению в отдельный предмет преподавания гигиены, которая приобрела в России ярко выраженный общественный характер. Руководители первых российских педиатрических клиник (Н.И. Быстров, Н.П. Гундобин, Н.Ф. Филатов) и гигиенических кафедр (А.Н. Доброславин, Ф.Ф. Эрисман) являлись не только знаменитыми учёными, но и выдающимися общественными деятелями, уделявшими много внимания проблеме сохранения здоровья детского населения, как важнейшей составной общественной медицины.

Выдающийся результат принесла земская реформа (1864 г.), благодаря которой было достигнуто не имеющее в мире аналогов явление земской медицины – открыт доступ к получению бесплатной медицинской помощи значительной части беднейшего сельского населения. Земские врачи, земские санитарно-статистические организации, столкнувшись в своей повседневной практике с острыми проблемами в состоянии здоровья крестьянских детей, выносили эти проблемы для общественного обсуждения. Земские врачи, фактически, в конце XIX столетия стали пионерами в реализации первой действенной меры по снижению детской смертности – организации летних яслей.

В исследованиях первых ученых-педиатров и земских врачей была вскрыта вся совокупность причин смертности грудных детей. Таковыми были бедность, невежество значительной части населения, фактическое отсутствие для него медицинской помощи, высокая распространенность особо опасных (холера, тифы) и детских инфекций, острых желудочно-кишечных заболеваний. Следовательно, на первый план выдвигались не лечебные, а социальные и профилактические меры.

Среди многих общественных и благотворительных организаций эпохи либеральных реформ Александра II, трибуной общественных настроений и требований в области сбережения жизни и здоровья детей в Российской империи стали два следующих общества: Русское Общество охранения народного здравия (1877 г.) и Общество русских врачей памяти Н.И. Пирогова (1883 г.). Одной из задач первого из названных обществ стало «исследование всех условий жизни юного поколения от пелёнок до полного физического и нравственного развития». На III Международном конгрессе защиты грудных

детей в Берлине Русское Общество охранения народного здоровья выдвинуло следующий перечень мер по борьбе с детской смертностью: пропаганда грудного вскармливания, создание учреждений «Капля молока» и детских консультаций, до- и послеродовой отпуск и др. [5].

На ежегодных съездах Пироговского общества в секциях детских болезней, гигиены и общественного здравоохранения обсуждались самые злободневные проблемы охраны здоровья детей. В 1902 г. именно на 8 Пироговском съезде Н.А. Русских была озвучена идея о создании Союза для борьбы с детской смертностью, целью которого стало «всеми всевозможными средствами способствовать частным лицам и обществам бороться с детской смертностью, путём выработанных наукою и опытом мер». На VIII и IX съездах были предъявлены следующие требования к властям: «должна быть запрещена ночная работа беременным женщинам, начиная со второй половины беременности, и кормящих грудью женщинам до 7-ми месячного возраста ребёнка»; освобождение от работы с сохранением зарплаты «в последние две недели беременности и в течение 6-ти недель после родов»; «на фабриках, имеющих до 200 и более рабочих женщин, должны быть устроены родильные приюты, ... ясли для дневного пребывания детей» [6].

Не исторично было бы не упомянуть о требованиях радикальной оппозиции. В партийную программу РСДРП, принятую в 1903 г., В.И. Ленин внес пункты: «Освобождения женщин от работы в течение четырех недель до и шести недель после родов, с сохранением заработной платы... Устройства при всех заводах, фабриках и других предприятиях, где работают женщины, яслей для грудных и малолетних детей; освобождения женщин, кормящих ребенка, от работы не реже чем через три часа на время не менее чем на полчаса» [7]. Легко заметить, что требования радикалов были, если не позаимствованы, то аналогичны таковым у либеральной общественности.

Таким образом, опыт названных первых шагов медико-социальной педиатрической практики XIX века, результаты социально-гигиенических исследований земских врачей и первых российских педиатров, активная деятельность общественных и благотворительных организаций позволили теоретически обосновать и приступить к реализации мер системного характера в области ОММ в Имперской России. Возникло понимание необходимости активного, решающего участия государства в строительстве системы охраны здоровья матери и ребенка.

В начале XX столетия в России был сделан первый, который без преувеличения можно обозначить как стремительный, шаг к построению системы ОММ. Доказательство тому: а) не только понимание, но и требования к властям осуществления активной государственной политики в области охраны здоровья матери и ребенка; б) начало использования (внедрения) медико-

организационных технологий в области ОММ; в) первые подступы к созданию системы.

Факт стремительного развития теоретических, социальных и организационных подходов к построению системы ОММ в первые 17 лет XX столетия прошел мимо внимания советских исследователей. Причём этот шаг был сделан в крайне неблагоприятных условиях – Русско-японской и Мировой войн, революций 1905 и 1917 годов, т.е. фактически в течение всего одного мирного десятилетия.

В указанное время системными мерами, направленными на охрану здоровья матери и ребенка, уменьшение уровня младенческой смертности, стало внедрение следующих медико-организационных технологий:

Конец XIX начало XX вв. – открытие яслей, прежде всего, сезонных в сельской местности;

1901 г. – создание «Капель молока» в Петербурге и Одессе;

1904 г. – начало деятельности «Союза для борьбы с детской смертностью»;

1908 г. – открытие Г.Н. Сперанским консультации для матерей по уходу за детьми;

1910-1912 гг. – создание Г.Н. Сперанским «Дома грудного ребенка», включавшего детскую консультацию, молочную кухню, стационар для грудных детей, показательную выставку;

1912 г. – принятие закона «О страховании рабочих», в котором предусмотрено пособие по случаю родов женщинам, работающим на крупных фабриках (первый законодательный акт об охране материнства);

1912 г. – проведение Первого Всероссийского съезда детских врачей. В его резолюции говорилось: а) охрана материнства и младенчества должна составить обязанности общественных управлений и государства; б) при каждом родовспомогательном учреждении вводить должность педиатра; в) открыть консультации для детей грудного возраста с выдачей молока.

1913 г. – создание «Всероссийского попечительства об охране материнства и младенчества». К 1917 г. попечительством было создано 25 консультаций с молочными кухнями, 29 постоянных приютов и дневных приютов-яслей на 800-900 детей, 500 сельских летних яслей на более 3500 детей [1].

В XIX столетии в России научная, прежде всего, медицинская, профессиональная врачебная и педагогическая общественность, многие деятели культуры и отдельные представители правящей элиты осознали острую необходимость сохранения жизни детей, особенно младенцев, и воспитания здорового поколения.

В начале XX столетия Имперская Россия стояла на пороге практического построения системы охраны здоровья матери и ребенка, сочетающей в себе государственные, общественные и благотворительные начала. Независимо от того, сохранилась бы монархия или восторжествовала буржуазная

демократия, в стране бы в скором времени создали систему ОММ. Проблема заключалась лишь в методах и темпах ее решения.

Советская система охраны здоровья детского населения, будучи по замыслу и содержанию сугубо государственной, при своём формировании и развитии использовала организационные технологии медицинского обслуживания детей, апробированные в царской России в начале XX века. Данная закономерность (опыт прошлого и связь с ним) – одна из фундаментальных причин эффективности и успехов в сфере сохранения и укрепления здоровья детей в Советском Союзе.

Литература

1. Микиртичан Г.Л., Суворова Р.В. История отечественной педиатрии. СПб, 1998. 155 с.
2. Гречишников Л.В. Материнство и детство в СССР / Руководство по педиатрии. 1965. Т.8. С. 721.
3. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI-начало XX в.) / М.В. Поддубный, И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, Н.Н. Блохина, С.Г. Гончарова; под ред. Р.У. Хабриева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 248 с.
4. Егорычева И.Е., Гончарова С.Г. Вклад Вольно-экономического общества в изучение проблемы детской смертности // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. 2013. № 4. С. 46-48.
5. XXV лет научно-практической деятельности Русского Общества охранения народного здоровья. Гл. VIII. Очерк деятельности IV отделения, 1902.
6. IX Пироговский съезд. Санкт-Петербург, 4-11 января 1904. Выпуск III. СПб, 1904. С. 25-26.
7. Конюс Э.М. Пути развития советской охраны материнства и младенчества (1917-1940).- М, 1954. – С. 82.

БОРЬБА ЗА МЕДИЦИНСКИЕ КАДРЫ В НАЧАЛЕ СТРОИТЕЛЬСТВА КРАСНОЙ АРМИИ

*А.Н. Бельских, П.Ф. Гладких
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова*

FORMATION OF THE MEDICAL CORPS OF THE RED ARMY AT ITS EARLY STAGE

*Belskikh, A.N., Gladkikh P.F.
S.M.Kirov Military-Medical Academy*

Аннотация: Срыв планомерной и начало стихийной демобилизации старой армии, саботаж военно-медицинских специалистов в центре и на местах – все это создавало кризисную ситуацию в кадровой проблеме Советской власти. Коллегия ГВСУ стремилась придать процессу стихийной демо-

биллизации из русской армии медицинского состава планомерный характер и одновременно его набора в создаваемую на добровольных началах Красную Армию. Военно-медицинская академия, несмотря на определенную оппозицию к событиям октября 1917 г., откликнулась на призыв Советской власти встать на защиту Родины от интервентов.

Ключевые слова: демобилизация старой армии; формирование Красной Армии; медицинская служба; Военно-медицинская академия.

Summary: Failure of a gradual demobilization and the beginning of a spontaneous disintegration of the old Imperial Russian Army, its medical specialists' sabotage, both in Russian central part and at the local level, created a crisis in the cadre policy of the Soviet government. Collegium of the Main Military and Sanitary Corps (GVSU) tried to transform the process of a spontaneous demobilization of the Medical Service Corps into a controlled one by making an effort to employ the medical personnel on a voluntary basis into the created Red Army.

In spite of certain opposition to the October 1917 events, the Military-Medical Academy rose to the call of the Soviet government to protect the motherland from the Intervention.

Key words: demobilization of the old Imperial Russian Army, creation of the Red Army, Medical Service Corps, the Military-Medical Academy.

При укомплектовании создаваемой на добровольных началах Красной Армии, ее лечебных учреждений медицинскими кадрами Коллегии ГВСУ пришлось преодолеть значительные трудности.

Известно, что к началу декабря 1917 г. на службе в русской армии состояло 1950 врачей и зауряд-врачей, 1536 фармацевтов и до 60 тыс. лекарских помощников [6]. Срыв планомерной и начало стихийной демобилизации старой армии, саботаж военно-медицинских специалистов в центре и на местах – все это создавало кризисную ситуацию в кадровой проблеме. Коллегия ГВСУ, напрягая все свои силы, опираясь на верные ей кадры, стремилась во что бы то ни стало придать процессу демобилизации из рядов старой армии медицинского состава и одновременного его подбора для формирующейся Красной Армии планомерный, управляемый характер. Об этом, в частности, ярко свидетельствует содержание ежедневных приказов по ГВСУ тех лет, найденных в архивах ВММ МО РФ. Так, в соответствии с приказом № 116 «санитарный отдел РККА организовывался на тех же началах, что и социалистическая армия, а именно на началах добровольной службы медицинских работников и преданности их делу Советской власти» [5, 14 февр. № 25].

Борьба за такие кадры велась с первых дней существования РККА. Руководство медицинской службы неоднократно обращалось со страниц

периодической советской печати к медицинским работникам с призывом прийти на помощь воинам Красной Армии. «Социалистической и рабочей крестьянской армии, – говорилось в одном из них, – требуются врачи, лекпемы (лекарские помощники.–Авт.), фармацевты, сестры милосердия, санитары. Главный военно-санитарный отдел РККА призывает всех медицинских работников, преданных делу Советской республики, записываться в кадры медицинских работников РККА» [7].



Медицинские работники Красной Армии времен начала Гражданской войны

На первых порах эти обращения не находили желаемого отклика, особенно среди врачей. Приток медицинского состава в ряды Красной Армии заметно усилился лишь после начала интервенции германских войск, когда 21.02.18 г. коммунистами был брошен клич «Социалистическое отечество в опасности!», а на заседании Исполнительного комитета при Санитарном отделе Всероссийской коллегии по формированию РККА принимается обращение к медицинским работникам.

В этом документе, в частности, говорилось: «Мобилизация Красной Армии требует мобилизации всех военно-санитарных сил, образования Красного санитарного корпуса... Пусть каждый медицинский работник займет свое место в передовом санитарном отряде, санитарном отряде, санитарном

поезде, распределительном пункте, госпитале и лазарете и выполнит свой долг перед Рабочей и Крестьянской Революцией» [5, 30 янв. № 23]. В тот же день были утверждены и оглашены тексты телеграмм во все медико-санитарные организации о задачах момента и о добровольной мобилизации ими всех наличных медицинских сил, а также принято постановление СНК (по просьбе Исполнительного комитета) об ассигновании на нужды «санитарной мобилизации» 5 млн. рублей. Значительные надежды возлагались в то время на выпускников медицинских факультетов университетов и Военно-медицинской академии [3, с. 131].

Октябрьская революция 1917 г. положила начало новому этапу в истории Военно-медицинской академии.



Административный корпус Военно-медицинской академии РККА (на фронтоне – герб РСФСР; на переднем плане – памятник Я.В. Виллие)

В этот сложный переходный период во главе Конференции профессоров был поставлен 13.12.1917 г. вместо «временного президента» проф. М.Д. Ильина (с 13.06.1917 г. замещал убитого начальником медицинской службы Северного фронта проф. В.А. Опделя) известный анатом проф. В.Н. Тонков (1872 – 1954).



В.А. Оппель



В.Н. Тонков

Несмотря на имевшуюся в академии определенную оппозицию к новой власти, ее профессорско-преподавательский состав не пошел за той частью

интеллигенции, которая ответила за октябрьские события явным саботажем. Проф. В.Н. Шевкуненко, например, сформировал группу студентов для медицинского обеспечения отрядов, штурмовавших Зимний дворец и Павловское военное училище. Бригада медицинских сестер и студентов академии приняла также участие в работе медицинского пункта, развернутого для красногвардейцев на Финляндском вокзале [3, с. 41; 8].

В дни угрожаемого для Петрограда положения в связи с германским вторжением и в период активного создания Красной Армии на добровольных началах профессорами и преподавателями академии 25.02.18 г. была принята резолюция, в которой констатировалось, что «Академия горячо отзывается на призыв защиты Родины, немедленно принимая все меры к широкой организации помощи больным и раненым и, формируя специальные группы из врачей и студентов для борьбы с возникшими эпидемиями, вместе с тем, продолжает по возможности, свои научно-учебные занятия и лечебную деятельность». Для «подачи первой помощи» раненым и для «организации мер по борьбе с заразными болезнями» в академии создаются две комиссии под руководством соответственно профессоров В.А. Оппеля и Н.Я. Чистовича [3, с. 41].

10.03.18 г. приказом по ГВСУ № 44 Военно-медицинская академия в связи с переездом управления в Москву передается в полное ведение Петроградского окружного военно-санитарного управления, а тремя днями позже испытательная комиссия академии «...признала приобретенными степень лекаря с отличием 109 лиц и степень лекаря – 12 лиц» [1, дело 5, лист 41].

Несмотря на экономические трудности и близость к фронту, ее профессора и преподаватели нашли в себе силы для постановки и решения новых проблемных вопросов подготовки врачебных кадров для Красной Армии. Среди них особое место занимала инициатива по восстановлению в академии пятилетнего срока обучения, сокращенного на год еще в начале Первой мировой войны.

Неопределенность служебно-профессионального положения так называемых «зауряд-врачей» (исключенных по недисциплинированности, ускоренно выпущенных студентов старшего курса), их неоднократные обращения в академию о желании завершить врачебное образование послужили основанием для Конференции академии к принятию решения об организации, начиная с 1917/18 учебного года, подготовки студентов по пятилетней программе и об укомплектовании выпускного курса исключительно зауряд-врачами. В мае 1918 г. студенты 5-го курса академии сдали выпускные экзамены и обрели, наконец, права «врачебного гражданства».

Другим примером искреннего желания академии в трудное для Отечества время внести вклад в совершенствование системы подготовки военно-медицинских кадров явилась разработка «Проекта правил о прикомандирова-

нии врачей к Военно-медицинской академии», составленного специальной комиссией в феврале 1918 г. [2].

Система подготовки специалистов младшего и среднего звена медицинской службы в рассматриваемом периоде оставалась такой же, какой была до Октябрьской революции. К началу 1918 г. Всероссийский союз ротных фельдшеров (образован до февраля 1917 г.) объединял 80 тыс. человек. Многие из них прошли ускоренное обучение в течение 6-8 месяцев и нуждались в дополнительной подготовке. 22.01.18 г. вместо ранее существовавших ротных, батарейных (эскадронных) фельдшеров и классных фельдшеров Наркомвоен вводит должности соответственно младших и старших лекарских помощников с объявлением их «солдатами-специалистами». Первые дополнительные 10-12-месячные курсы ротных фельдшеров, лекпомов на 250 чел. были открыты в начале февраля 1918 г. при медицинском факультете Московского университета [4, с. 29].

Литература

1. АВММ, фонд 1, опись 35446, дело 5, лист 41.
2. Военный врач (многотиражная газета ВМедА) 1977. 20 мая. № 19.
3. Военно-медицинская ордена Ленина Краснознаменная академия им. С.М. Кирова. Научно-популярный иллюстрированный очерк. Л., 1976. 204 с.
4. Гладких П.Ф., Н.С. Саидов. Очерки истории отечественной военной медицины. Кн. IV. Медицинская служба Красной Армии накануне и во время Гражданской войны, военной иностранной интервенции и в межвоенный период. 1917-1938 гг. СПб.: ИД «Петрополис», 2009. 360 с.
5. Известия ВЦИК. 1918. 30 января. № 23; 14 февраля. № 25.
6. Известия Народного комиссариата здравоохранения. 1924. № 1. с. 14.
7. Нестеренко А.Н. Организация медицинского обеспечения Красной гвардии в боях с немецкими оккупантами под Псковом и Нарвой в 1918 г. // Воен.- мед. журн. 1963. № 3. С. 89.
8. Пасюков Ф.В., Селиванов Е.Ф. Работницы Петрограда – медсестры и санитарки в дни Великого октября // Фельдшер и акушерка. 1957. № 10. С.11.

К 95 -ЛЕТИЮ МОСКОВСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИКО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

К.А. Борисенко, А.В. Белолопоткова, Ю.В. Степанова

*Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия*

95-ANNIVERSARY OF THE A.I. EVDOKIMOV MOSCOW STATE OF MEDICINE AND DENTISTRY

K.A. Borisenco., A.V. Belolapotcova., Y.V. Stepanova

*Moscow State of Medicine and Dentistry named after A.I.Evdokimov,
Moscow, Russia*

Аннотация: в статье отражены этапы становления и развития Московского государственного медико-стоматологического университета.

Ключевые слова: зубопротезирование, стоматология, зубопротезная школа, университет.

Abstract: the article reflects the stages of formation and development of the Moscow State University of Medicine and Dentistry.

Keywords: dentology, dentistry, dental school, university.

2 апреля 2017 г. исполнилось 95 лет со дня основания Московского государственного медико-стоматологического университета. 10 июня 1999 г. Московский медицинский стоматологический институт был преобразован в Московский государственный медико-стоматологический университет Минздрава России (МГМСУ).

Все, чего достигла стоматологическая наука, университет обязан первопроходцам этой науки: И.М. Коварскому, профессору М.Б. Янковскому, доценту Я.С. Пеккеру, член-корр. РАМН, Герою Социалистического труда, заслуженному деятелю науки РСФСР, профессору А.И. Евдокимову, профессорам Г.А. Васильеву, Е.Е. Платонову, В.Ф. Рудько, заслуженному деятелю науки РСФСР, профессору В.Ю. Курляндскому, член-корр. РАМН, профессору В.Н. Копейкину, профессорам А.А. Колесову, Е.В. Боровскому, М.И. Грошикову и мн. др.

27 апреля 2012 г. университету было присвоено имя А.И. Евдокимова.

История МГМСУ начинается с первой в Москве зубопротезной школы И.М. Коварского, открытой им в 1892 г. на Петровке, откуда она в 1906 г. переехала на Долгоруковскую ул., д. 18. За 27 лет своего существования школа выпустила около 2500 зубных врачей.

11 июля 1918 г. был подписан декрет об организации Народного комиссариата здравоохранения, зубопротезной подсекцией в нем стал руководить П.Г. Дауге.

В феврале 1920 г. на базе школы был открыт Дом советского зубопротезирования (ДСЗ), возглавлять его был назначен М.Б. Янковский.

30 декабря 1920 г. ДСЗ был переименован в Государственный институт зубопротезирования (ГИЗ), а 2 апреля 1922 г. состоялось официальное открытие ГИЗа, руководить которым стал М.Б. Янковский. Перед ГИЗом стояли научные и учебные задачи: проведение научных исследований в области зубопротезирования, организация совета института как высшего научно- административного органа ГИЗа, подготовка квалифицированных специалистов по зубопротезированию из числа врачей-выпускников зубопротезных школ, техников-протезистов, зубных сестер. В институте были открыты лечебные и диагностические отделения: консервативное (терапевтическое), профилактическое – детское отделение, протезно-ортопедическое, хирургическое отделение и стационар, химико-бактериологический кабинет. Основным направлением работы института в тот период было: разработка и внедрение новых методов массового лечения одонтологических заболеваний, улучшение качества зубопротезирования, распространение профилактики заболеваний полости рта.

В 1922 г. был организован первый цикл усовершенствования зубных врачей, а с 1925 г. стали функционировать курсы специализации по одонтологии для врачей, окончивших медицинские факультеты университетов.

14 апреля 1927 г. ГИЗ был переименован в Государственный институт стоматологии и одонтологии (ГИСО). Впервые появляется слово «стоматология», наука, которая стала равноправной среди других медицинских дисциплин. С 1923 г. институтом руководил врач А.И. Евдокимов (1923-1931, 1943-1950).

В 1932 г. ГИСО был преобразован в Государственный научно-исследовательский институт стоматологии и одонтологии (ГНИИСО), в котором была налажена плановая научная работа по проблемам: лечение зубов путем сохранения пульпы, челюстно-лицевых заболеваний септического характера, протезирование зубов. В этот период в институте были открыты отделения: патофизиологическое, морфологическое, социальной стоматологии, а в 1933 г. была организована Центральная научно-исследовательская зубопротезная лаборатория (Д.Н. Цитрин) для разработки сплавов металлов для массового протезирования. Кафедр в ГНИИСО на тот момент не было.

Институт был единственным научно-исследовательским институтом, в задачи которого входила научная разработка проблем стоматологии, внедрение ее результатов в массовую практику и подготовка кадров для стоматологических учреждений.

9 июня 1935 г. на базе ГНИИСО был организован Московский стоматологический институт (МСИ) – высшее учебное заведение по подготовке врачей-стоматологов. В МСИ были открыты кафедры нормальной анатомии

человека, биологии, общей химии, гистологии и эмбриологии, а в 1937 году А.И. Евдокимов организовал три стоматологические кафедры: терапевтической, хирургической и ортопедической стоматологии. В 1939 г. состоялся первый выпуск врачей-стоматологов в количестве 79 человек.

1 сентября 1939 г. Государственный научно-исследовательский институт стоматологии и одонтологии был объединен с Московским стоматологическим институтом в Московский государственный стоматологический институт (МГСИ). К началу Великой Отечественной войны институт представлял собой вуз с 25 кафедрами, в котором проводилась научно-исследовательская работа по изучению кариеса, пародонтоза, поражений слизистой оболочки полости рта, челюстно-лицевых заболеваний, социальных проблем стоматологии.

В первые дни войны в ряды Красной Армии и флота были призваны выпускники МГСИ 1941 г. Институт стали готовить к эвакуации.

На базе МГСИ был развернут челюстно-лицевой госпиталь на 50 коек (ул. Каляевская, 18, бывшая Долгоруковская), в котором работали сотрудники клиники и студенты. Благодаря четко продуманной и хорошо организованной сети специализированных лечебных учреждений в действующей армии и в тылу, было полностью излечено и возвращено в строй 85,1% раненых в челюстно-лицевую область.

Запланированная эвакуация института не состоялась и 1 октября 1943 г. МГСИ возобновил свою работу.

После окончания Великой Отечественной войны остро встал вопрос подготовки высококвалифицированных преподавателей стоматологического профиля, поэтому в 1946 г. была учреждена ординатура, а в 1950 г. – аспирантура.

Постановлением Совета Министров от 15 октября 1949 г. стоматологические институты были реорганизованы в медицинские стоматологические институты с 5-летним сроком обучения. МГСИ стал Московским медицинским стоматологическим институтом (ММСИ), который выполнял функции научно-консультативного центра по всем вопросам стоматологии в стране.

С 1950 по 1964 гг. ректором института был видный организатор советского здравоохранения, доцент Г.Н. Белецкий. В этот период в институте значительно увеличился контингент студентов, расширились клинические базы, повысился профессиональный уровень научно-педагогических кадров, были открыты вечерний и заочный факультеты.

С 1964 по 1965 гг. институтом руководил заведующий кафедрой ортопедической стоматологии профессор А.И. Дойников – автор учебников и монографий по ортопедической стоматологии, обладатель 37 патентов на изобретения, многие из которых были внедрены в промышленное производство.

С 1965 по 1968 гг. ректором ММСИ был заведующий кафедрой хирургических болезней, профессор С.И. Бабичев, один из инициаторов открытия лечебного факультета.

Ректор А.З. Белоусов, видный организатор здравоохранения, возглавлявший институт с 1968 по 1974 гг., активно поддержал инициативу открытия лечебного факультета, которое состоялось в 1968 г., для чего были открыты новые курсы и кафедры лечебного факультета, институт начал готовить врачей для Москвы и Московской области. В эти годы в институте сформировались и успешно работали научные школы: стоматологическая ортопедическая школа под руководством заслуженного деятеля науки РСФСР, профессора В.Ю. Курляндского, дерматостоматологическая школа профессора Б.М. Пашкова.

В 1968 г. в институте был открыт факультет специализации и усовершенствования врачей, первым деканом факультета стал профессор В.Н. Копейкин, по лечебному отделению (с 1977 г.) – профессор В.Н. Орлов.

С 1974 по 1982 гг. ректором института был член-корр. АМН СССР, лауреат Государственной премии СССР и премий Совмина СССР, профессор К.М. Лакин, научные труды которого были посвящены поиску средств профилактики и лечения тромбозомболических и геморрагических заболеваний.

Факультет повышения квалификации преподавателей был открыт в 1975 г. (ФПК), первым деканом факультета была профессор И.Ф. Ромачева

1 сентября 1976 г. по адресу: ул. Вучетича, 9а был введен в строй уникальный клиничко-поликлинический стоматологический комплекс, рассчитанный на 2000 посещений в день, стационар на 50 больничных коек, госпитальные стоматологические кафедры (хирургической, ортопедической стоматологии, детской стоматологии, ортодонтии).

С 1982 по 2002 гг. ректором института был академик РАМН, лауреат премии им. Г.Ф. Ланга, заведующий кафедрой внутренних болезней, профессор Е.И. Соколов. За 20 лет руководства институтом Е.И. Соколов и его помощники проделали огромную работу по повышению качества преподавания, совершенствованию организации и управления учебным процессом, развитию научных фундаментальных направлений в медицине, установлению международного сотрудничества с вузами разных стран.

10 июня 1999 г. Московский медицинский стоматологический институт Минздрава России был реорганизован в Московский государственный медико-стоматологический университет Минздрава России (МГМСУ).

С 2002 по 2007 гг. вуз возглавлял академик РАМН, заслуженный деятель науки РФ, лауреат премии Правительства России, профессор Н.Д. Ющук, заведующий кафедрой инфекционных болезней и эпидемиологии, который много внимания уделял внедрению современных методов обучения и атте-

станции студентов и врачей с учетом последних достижений педагогики и медицинской психологии.

В 2003 г. был образован Научно-исследовательский медико-стоматологический институт, которым руководит В.Н. Царев.

15 мая 2007 г. был избран новый ректор МГМСУ, заведующий кафедрой пародонтологии и гериатрической стоматологии ФПКС, заслуженный врач РФ, главный стоматолог РФ, профессор О.О. Янушевич, выпускник МГМСУ, автор научных работ, посвященных актуальным проблемам пародонтологии. Член-корреспондент РАМН, профессор О.О. Янушевич с успехом возглавляет университет до настоящего времени.

Президентом МГМСУ в 2007 г. стал академик РАМН, профессор Н.Д. Ющук.

Задачи и функции университета на современном этапе значительно расширены, как в области научных исследований, так и в практической деятельности. В настоящее время университет включает в себя факультеты: факультет довузовской подготовки, среднего медицинского образования, стоматологический факультет, лечебный, экономики и управления предприятиями здравоохранения, послевузовского образования, усовершенствования врачей-стоматологов и повышения квалификации преподавателей кафедр, социальной работы, пениitenciарной медицины, клинической психологии.

Литература:

1. Пашков К.А. Краткая история МГМСУ.М. – 2005. с.-63.
2. Пашков К.А. Зубоврачевание и стоматология в России. Основные этапы и направления развития (IX- XX вв.). Казань. «Центр инновационных технологий». – 2011. с. 318.
3. Пашков К.А., Белопоткова А.В., Борисенко К.А. Биографии и научные направления исследований отечественных ученых в зубоврачевании и стоматологии. М.2014. – 263 с.
4. Троянский Г.Н., Пашков К.А. Московский государственный медико-стоматологический университет на службе Отечеству (80 лет истории). М. – Вече. – 2004. с. 203.
5. Троянский Г.Н. История советской стоматологии (Очерки). М. Медицина. 1983. с. 148.

МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА ЛЕНИНГРАДА В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

В.П. Бякина, Т.В. Давыдова

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

MEDICAL SCIENCE OF LENINGRAD DURING THE GREAT PATRIOTIC WAR

V.P. Biakina, T.V. Davydova

Academician I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University

Аннотация: статья посвящена изучению развития основных направлений медицинской науки Ленинграда в период войны.

Ключевые слова: медицина, основные направления научных исследований.

Abstract: the article is devoted to the study of the development of the main directions of medical science of Leningrad during the war.

Key words: medicine, areas of scientific research.

Здравоохранение и медицинская наука Ленинграда в годы войны – одна из героических страниц отечественной медицины. В условиях войны ленинградские ученые-медики показали образцы мужества, стойкости, самоотверженного служения науке. Начавшаяся война диктовала медицинской науке и практике свои законы. «В дни тяжелых для нашей Родины испытаний... наша наука воевала вместе со всем нашим великим народом. Она помогала стране и Красной армии сражаться против врага», – писал главный хирург Красной армии профессор Н.Н. Бурденко (История 1964: 300-301).

В течение всей войны не прекращалась научно-исследовательская работа медицинских вузов и научно-исследовательских институтов, подчиненная нуждам фронта и тыла. В соответствии с запросами войны была перестроена тематика научных исследований институтов, лабораторий, кафедр. Основными направлениями научных исследований стали: разработка и внедрение новых методов и средств лечения и реабилитации раненых и больных; военный травматизм; проблема шока; предупреждение эпидемических заболеваний на фронте, в тылу, осажденных городах; разработка вопросов труда и быта в условиях военного времени; охрана здоровья рабочих промышленных предприятий, женщин, подростков, детей и др. Большое значение уделялось проблемам гемотрансфузии, авитаминозам, изучению так называемой «блокадной патологии», тяжесть которой больше всего ощутили на себе жители блокадного Ленинграда.

Жестокий характер войны predetermined тот факт, что в перечне научных исследований с начала войны проблемы хирургии вышли на первый план. На разных фронтах, флотах и в армиях работали главными хирургами ленинградцы М.Н. Ахутин, Н.Н. Еланский, М.С. Лисицын, В.И. Попов и др. Заместителем главного хирурга Красной армии был С.С. Гирголав, главным хирургом Военно-Морского флота – Ю.Ю. Джанелидзе. Работой гражданских хирургов города руководил И.П. Виноградов, а военных – главный хирург Ленинградского фронта П.А. Куприянов.

Результаты научных исследований ленинградских хирургов публиковались в сборниках «Работы ленинградских врачей в годы Великой Отечественной войны». За 5 лет было издано 8 выпусков сборников хирургических работ, ставших оперативным руководством для сотен хирургов Ленинградского фронта и ленинградских госпиталей. Например, в 1 выпуске 1942 г. были помещены статьи по актуальным проблемам военно-полевой хирургии профессоров Ф.И. Машанского «Замещение огнестрельных дефектов нервов», Г.Я. Эпштейна «Лечение огнестрельных переломов костей предплечья», Б.В. Рубинштейна «К вопросу о перевязке подколенной артерии» и др.

Следует отметить большую работу сотрудников Ленинградского государственного института для усовершенствования врачей им. С.М. Кирова. Около 160 трудов, выполненных в период блокады в институте, были связаны с хирургией и военной медициной: монографии «Физиология поврежденных конечностей» (Е.Т. Залькиндсон), «Лечение огнестрельных повреждений конечностей» (П.Г. Корнев) и др. В 1942 г. институтом выпущено шестое переработанное издание практического руководства «Лечение ранений на войне» под редакцией Н.Н. Петрова и П.А. Куприянова.

Большую помощь хирургам в их научно-практической деятельности оказал профессор Ю.Ю. Джанелидзе. В 1943 г. он подготовил монографию «Инородные тела легких и плевры огнестрельного происхождения», которой позже была присуждена Государственная премия. На протяжении всех военных лет Ю.Ю. Джанелидзе занимался проблемами сердечно-сосудистой хирургии – изучал артериальные и артериовенозные аневризмы, возникавшие при огнестрельных ранениях. Введенный им в хирургию сосудистый компрессор помогал пациентам с аневризмами крупных сосудов значительно легче переносить оперативные вмешательства (Терновой, Шалимов 1983: 79).

Особую актуальность в военные годы приобрели проблемы восстановительной, пластической и челюстно-лицевой хирургии. Большую практическую ценность в развитии этих направлений представляли результаты научных исследований Института травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена. Директор института А.А. Лимберг проводил костнопластические операции с использованием расщепленного отрезка ребра. Его многочисленные исследования отражены в монографиях «Математические основы местной пла-

стики на поверхности тела человека», «Планирование местнопластических операций», «Показания к применению различных методов кожной пластики после огнестрельных ранений» и др. Именно А.А. Лимберг заложил основы всей современной пластической челюстно-лицевой хирургии. Даже во время блокады города он продолжал практику, обучал врачей, которые шли на фронт, применяя полученные знания. А.А. Лимберга называли «главным хирургом фронта по челюстно-лицевой хирургии». Его операции военные корреспонденты сравнивали с работой скульптора. После сложнейших огнестрельных ранений он моделировал новые лица, составляя подробные отчеты с математическими расчетами и рисунками.

Одну из самых сложных проблем восстановительной хирургии – проблему опороспособной культы бедра при его ампутации разработал Ю.Ю. Джанелидзе. В 1944 г. он предложил новый способ остеопластической ампутации бедра («способ Ю.Ю. Джанелидзе»), основанный на созданной Н.И. Пироговым остеопластической операции вылушения стопы. В качестве трансплантата хирург использовал удаляемую часть диафиза бедра, взятую во всю толщу кости, цилиндрическая форма которой давала возможность равномерно распределить давление на конец культы. Такая операция открывала новые перспективы для более успешного протезирования и максимального восстановления работоспособности этой группы раненых (Белова 1956: 87).

Очень важными проблемами занимались ученые Нейрохирургического института. В период блокады его сотрудниками была создана общая классификация боевых повреждений черепа и головного мозга (А.Л. Поленов), разработан способ закрытого лечения ранений головы, установлены сроки и предложена более совершенная техника первичной обработки черепно-мозговых ранений (А.Л. Поленов, А.В. Бондарчук и др.). Проведенные в институте исследования нашли отражение в таких фундаментальных работах, как «Атлас операций на головном мозге», «Атлас огнестрельных ранений центральной и периферической нервной системы» (при основном участии А.В. Бондарчука и И.С. Бабчина), «Основы практической нейрохирургии», «Основы военно-полевой нейрохирургии» и др.

В условиях войны и особенно блокады Ленинграда особое значение приобрела служба крови, осуществляемая Ленинградским институтом переливания крови. Здесь были разработаны новые методы взятия крови у донора, ее консервирования (А.П. Вишняков) и определения групповой принадлежности (В.С. Германт, А.В. Алексеев), созданы новые кровезамещающий и противошоковый растворы. За годы войны было заготовлено 102 тыс. литров различных кровезаместителей и противошоковых растворов, что позволило полностью обеспечить ими все лечебные учреждения города и фронта (Белова 1956: 87). По словам директора института В.В. Кухарчика,

результаты исследовательской работы этого учреждения в период блокады «превышали научную продукцию 10 предшествующих войне лет» (Гладких 1975: 17).

Важно отметить, что и на завершающем этапе войны усилия медиков были сконцентрированы на разработке наиболее актуальных проблем хирургии. В последний военный год они преобладали в общем перечне научных исследований институтов. Например, в 1944 г. основное место в научной тематике медицинских вузов составляли проблемы военного травматизма: в среднем 25% всех научных исследований, занимая в различных институтах от 15% до 50% от всех исследований (Ерегина 2008: 108).

Второе важное направление в тематике научных исследований медицинских вузов Ленинграда занимали проблемы нервно-психических заболеваний военного времени, их особая структура и специфика у населения осажденного города, проблемы алиментарной дистрофии, авитаминозов, гипертонической и язвенной болезней, пневмонии, анемии, детских инфекционных заболеваний. Они составляли 15% всех научных исследований медицинских вузов, колеблясь от 5% в Молотовском медицинском институте до 29% в ЛМИ им. акад. И.П. Павлова и 43% в Ленинградском педиатрическом медицинском институте (Ерегина 2008: 109).

В условиях ленинградской блокады важнейшей темой стало изучение клиники алиментарной дистрофии, заболеваемость которой в городе к декабрю 1941 г. составила 70%, к январю 1942 г. – 85% всех поступивших в больницы (Ставская 1985: 42). Изучением этого заболевания занимались ленинградские медики самых разнообразных специальностей. Исследования ученых Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева В.Н. Мяснищева, Л.Я. Вайнберга показали, что наблюдавшиеся у больных алиментарной дистрофией нервные и психические расстройства были следствием не только голодного истощения, сколько результатом жестокого психоэмоционального прессинга, связанного с военной и воздушной опасностью, гибелью родных и близких людей.

На базе 1 ЛМИ им. акад. И.П. Павлова были созданы комитеты по изучению алиментарной дистрофии и гипертонической болезни, подчинявшиеся Ленгорздравотделу. Их возглавили профессора М.В. Черноруцкий и Д.М. Гротель. Профессор кафедры госпитальной терапии М.В. Черноруцкий читал лекции по лечению алиментарной дистрофии для врачей города, участвовал в институтской научной сессии по дистрофии в апреле 1942 г. Сразу после войны была издана уникальная по характеру описанной патологии монография под редакцией М.В. Черноруцкого «Алиментарная дистрофия в блокированном Ленинграде», в которой болезнь определена как «всеобъемлющая патология, охватывающая весь организм в целом и вовлекающая в патологический процесс все его системы, ткани, органы и клетки». Поэ-

тому целесообразно обозначать термином «блокадная патология» не только алиментарную дистрофию, но и сопутствующие ей нервно-психические заболевания (Симоненко, Магаева 2009: 4). Как и многие другие преподаватели институтов, М.В. Черноруцкий остался работать в клинике, жил и ночевал в своем кабинете. Дополнительно он консультировал больных в 4-х госпиталях, был председателем медицинской комиссии Ленинградского дома ученых.

Важно отметить, что в годы блокады Ленинграда профессором М.В. Черноруцким составлялись отчеты деятельности терапевтического общества, краткие конспекты его заседаний и повестки этих заседаний. В настоящее время этот блокадный архив представляет огромный интерес, как для истории общества терапевтов, так и для истории отечественной медицины в целом.

В Ленинградском педиатрическом медицинском институте на 1943 г. было запланировано 118 научных работ, из них 66 – по дистрофиям и авитаминозам. Профессором С.Я. Кофманом изучались электрокардиографические изменения при гипертонической болезни, скорость кровотока при гипо- и гипертонии, этиология роли психогенного фактора и влияние психотерапии при гипертонической болезни и др. Профессором В.А. Вальдманом изучались сосудистая дистония и ленинградских условиях, гемотрансфузии гипер- и гипотоников, гематологические изменения у больных гипертонией.

Весомый вклад в изучение патологии сердечно-сосудистой системы внес заведующий кафедрой факультетской терапии с клиникой 1 ЛМИ профессор Г.Ф. Ланг, один из первых академиков созданной в 1944 г. АМН СССР. Более 25-ти лет Г.Ф. Ланг вместе со своими учениками, составившими впоследствии его научную школу, посвятили изучению гипертонической болезни и ее особенностей в условиях блокады. Именно этой проблеме – массовой гипертонии среди ленинградцев в период блокады был посвящен пленум Ученого медицинского совета НКЗ РСФСР, прошедший в Ленинграде в сентябре 1944 г. Из 29 докладов, 18 представили ленинградские медики (Г.Ф. Ланг, Д.М. Гротель, В.А. Вальдман, А.Л. Мясников и др.).

На основе большого фактического материала Г.Ф. Лангом создано учение об артериальной гипертонии как самостоятельном заболевании, ему принадлежит термин «гипертоническая болезнь», а также ее первая научно обоснованная классификация. Результатом многолетних исследований стала монография «Гипертоническая болезнь», опубликованная после смерти Г.Ф. Ланга и удостоенная Государственной премии СССР в 1951 г.

Одной из характерных черт научной деятельности ленинградских медиков стала выработка практических рекомендаций, направленных на помощь населению города выжить в тяжелейших условиях блокады. Для борьбы с самыми страшными испытаниями жителей осажденного города – голодом, дистрофией, авитаминозами проводились исследования, направленные на изыскание средств, способных восполнить недостающие организму веще-

ства. Полученные результаты в буквальном смысле имели жизненное значение. Профессор 2 ЛМИ С.М. Рысс совместно с др. фармакологами предложил использовать имевшиеся в городе для технических нужд казеин, масла, желатины в качестве дополнительных белковых продуктов. По рекомендации профессоров А.Д. Беззубова и В.А. Дынина (Витаминный институт) в диету больных была включена соя. Профессора А.Ф. Тур, М.Н. Небытова-Лукьянчикова и врач С.И. Полякова (Педиатрический институт) нашли возможность применения соевого молока для изготовления детских лечебных смесей (Гладких 1975: 18).

Изысканием антицинготных средств активно занимался Витаминный институт. Его ученые разработали методику приготовления и применения водного экстракта сосновой хвои в качестве противоцинготного средства. Проведенные исследования показали, что в 100 г сухой хвои содержится 200-300 мг витамина С.

Весомый вклад в борьбу с инфекционными заболеваниями среди населения города и войск Ленинградского фронта внесли ученые Института эпидемиологии и микробиологии им. Л. Пастера и Института вакцин и сывороток. Так, было доказано (Э.М. Новгородская, Р.Л. Ерусалимчик, Институт эпидемиологии), что большинство энтеритов, наблюдавшихся у 80-85% больных алиментарной дистрофией, имеют дизентерийную природу. Группа сотрудников инфекционной больницы им. С.П. Боткина под руководством главного эпидемиолога фронта профессора С.В. Висковского разработала оригинальную методику сульфидинотерапии больных дизентерией.

В Институте вакцин и сывороток было налажено производство очищенных и концентрированных анатоксинов против столбняка и дифтерии по новой методике (Л.С. Базилевская, Л.В. Маркович).

Важно отметить, что в условиях блокады не прекращались заседания научных медицинских обществ города. При Городском отделе здравоохранения был создан Ученый совет в составе профессоров Ф.И. Машанского (председатель), И.П. Виноградова, Ю.А. Менделевой, С.М. Рысс, Н.Н. Самарина, К.К. Скробанского, А.Ф. Тура, М.Д. Тушинского и др. На заседаниях Ученого совета рассматривались вопросы санитарного состояния города и питания населения, заслушивались и обсуждались отчеты медицинских институтов, доклады по важнейшим научным проблемам, составлялись планы методических совещаний (Гладких 1975: 19).

Результаты научных исследований обсуждались на возобновившихся в 1942 г. заседаниях научных обществ, общегородских конференциях. В апреле 1942 г. возобновило свою работу старейшее в СССР Хирургическое общество им. Н.И. Пирогова. Первое заседание после вынужденного перерыва проходило под председательством И.П. Виноградова. Среди присутствующих были заслуженные деятели науки профессора Н.Н. Петров, П.А. Куприянов и

др. На заседании были заслушаны и обсуждены 2 доклада, касавшиеся лечения огнестрельных ранений. 8 сентября 1942 г. по инициативе членов Хирургического общества состоялась общегородская конференция хирургов, посвященная проблемам военно-полевой хирургии (Гладких 1975: 20).

12 мая 1942 г. первый раз после начала блокады состоялось заседание Терапевтического общества им. С.П. Боткина. Документальные материалы архива проф. М.В. Черноруцкого позволили восстановить деятельность общества, рассмотреть тематику заседаний.

Заседание вел председатель общества профессор Г.Ф. Ланг. С докладом «Клинические наблюдения над страдающими алиментарной дистрофией при количественном и качественном недоедании» выступил профессор 1 ЛМИ М.Д. Тушинский. Это один из немногих докладов заседаний терапевтического общества в дни блокады, текст которого был опубликован (Тушинский и др. 1942). Последующие заседания общества проходили регулярно – 2 раза в месяц, на каждом присутствовали 250-300 чел., из них около 55% составляли врачи госпиталей. Только за первые 5 месяцев работы общества на 11 заседаниях было сделано 27 докладов и 4 демонстрации, а за 2 года на 30 заседаниях – 74 доклада и 7 демонстраций (Ставская 1985: 43). Как пишет М.В. Черноруцкий в «Кратком отчете о деятельности ленинградского терапевтического общества им. С.П. Боткина», «группируя заслушанные доклады по определенной тематике, их можно разбить на следующие группы: 1) доклады, посвященные алиментарной дистрофии, в частности, отечной форме последней, и авитаминозам; 2) доклады, посвященные характеристике острых желудочно-кишечных заболеваний, протекавших на фоне алиментарной дистрофии и авитаминоза; 3) доклады, посвященные анализу особенностей течения острых инфекционных заболеваний в Ленинграде в 1942 году; 4) доклады, посвященные особенностям туберкулеза на фоне алиментарной дистрофии» (Лукашевская 2009: 98).

Большое практическое значение имела работа общества по согласованию терминологии, представлений о патогенезе отеков, асцита при алиментарной дистрофии, гипертензии у населения Ленинграда, рекомендаций по лечению тяжелых форм истощения, авитаминозов, гипертонии. Для оперативного использования в практической работе принятой номенклатуры, классификаций, разработанных принципов диагностики и схем лечения врачи получали изданные в виде брошюр тематические приказы Ленгорздраводства по алиментарной дистрофии и авитаминозам, гипертонии, острым кишечным заболеваниям.

В декабре 1942 г. общество выступило инициатором проведения первой общегородской научной конференции терапевтов и педиатров по алиментарной дистрофии и авитаминозам. Ее участниками было прослушано и обсуждено 15 докладов. В 1943 г. такая конференция была проведена по

кишечным инфекциям и гипертонической болезни. На основе докладов в конце 1942 г. был издан сборник «Работы ленинградских врачей за год Отечественной войны».

В сентябре 1944 г. в Ленинграде состоялся выездной пленум Ученого совета РСФСР по вопросам клиники, этиологии и патогенеза гипертонической болезни; были изданы тезисы (350 экземпляров) (Ставская 1985: 43).

В мае 1942 г. свою работу возобновило Ленинградское отделение Всесоюзного общества детских врачей под руководством Ю.А. Менделевой и А.Ф. Тура. За полгода обществом было проведено 18 заседаний, на которых присутствовало около 1900 чел., было заслушано и обсуждено более 33 докладов.

В мае-июне 1942 г. приступили к работе ленинградские общества фтизиатров (председатель доцент И.М. Фертик), невропатологов и психиатров (председатель профессор Е.А. Вендерович), урологов (председатель профессор С.Н. Лисовская).

Военными медиками также велась научно-исследовательская работа. За период блокады было проведено 12 фронтовых, 10 армейских и более чем 960 госпитальных научных конференций. Военные врачи опубликовали более 1300 научных работ по проблемам медицинского обеспечения войск.

Проблематика медицинских исследований Ленинграда стала предметом многих кандидатских и докторских диссертаций, защиты которых не прекращались на протяжении всех лет войны. За 7 месяцев 1941 г. Высшая аттестационная комиссия утвердила в ученой степени доктора медицинских наук 84 чел., в 1942 г. – 70, в 1943 г. – 138, в 1944 г. – 130, за первый квартал 1945 г. – 45 (Ерегина 2008: 124). В 1 ЛМИ в период блокады были защищены 12 диссертаций на степень кандидата и 7 на степень доктора медицинских наук, во 2 ЛМИ – 35 кандидатских и докторских диссертаций. В ЛПМИ за годы войны выполнено 9 докторских и 36 кандидатских диссертаций.

Результаты научных исследований нашли отражение в отечественной научной медицинской литературе. Несколько глав фундаментального труда «Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.» (35 томов) написаны ленинградскими медиками П.А. Куприяновым, П.Г. Корневым, Н.Н. Петровым, С.В. Висковским, А.П. Вишняковым, Э.М. Гельштейном, С.М. Рысс и др. Вышло восемь выпусков сборника «Работы ленинградских врачей в годы Великой Отечественной войны». Публиковали свои работы сотрудники медицинских вузов. Так, в 1 ЛМИ летом 1944 г. вышел сборник «Ученые записки 1-го ЛМИ», сотрудниками института написано 11 монографий и 3 учебника. Сотрудниками 2 ЛМИ изданы 29 учебников и монографий.

Безусловно, неоспоримым доказательством авторитета отечественной медицины в годы войны стало образование единого научного медицинско-

го центра. О необходимости создания Академии медицинских наук ученые говорили еще в 1930-е гг. Начавшаяся война задержала реализацию этого важнейшего в истории отечественной медицины проекта, но именно в условиях войны он был претворен в жизнь. 30 июня 1944 г., на четвертом году изнурительной войны СНК СССР принял постановление № 797 «Об учреждении Академии медицинских наук СССР» при НКЗ СССР, утвердил устав Академии и список ее институтов. Уставом регламентировались статус, задачи, структура, права, формы деятельности Академии, а также порядок формирования подчиненных ей организаций и учреждений, избрания руководящих органов и членов.

14 ноября 1944 г. 60 выдающихся ученых-медиков были утверждены в звании академиков (50 лет 1994: 45). Первым президентом был избран академик Н.Н. Бурденко. В состав Академии вошли виднейшие медики России профессора Н.Н. Аничков, А.И. Абрикосов, К.М. Быков, И.В. Давыдовский, Ю.Ю. Джанелидзе, Н.А. Семашко, А.Н. Бакулев, Н.Н. Блохин, В.Д. Тимакон, К.К. Скробанский, В.Н. Виноградов, В.Ф. Зеленин, Г.Н. Сперанский, И.Д. Страшун и др. В соответствии с уставом АМН СССР ей передавалось планирование научно-медицинских работ. В ее составе находились 28 ведущих научно-исследовательских институтов, уже существовавших и вновь организуемых, в том числе и те, которые были организованы на базе отделов Всесоюзного института экспериментальной медицины. В Академии с самого начала ее деятельности были сформированы 3 отдела: 1) медико-биологических наук, обеспечивающее развитие фундаментальных исследований, осуществление экспериментальных исследований и разработку теоретических проблем; 2) гигиены, эпидемиологии и микробиологии, направляющее разработку преимущественно проблем профилактического характера; 3) клинической медицины, объединяющее институты клинического профиля, в основном с экспериментальным уклоном (Здравоохранение 2001: 264).

Таким образом, в достижении победы советского народа в Великой Отечественной войне значительную роль сыграла отечественная медицинская наука. Огромная заслуга в этом принадлежит медицинской науке Ленинграда. С первых дней войны тематика научных исследований оперативно перестраивалась в соответствии с запросами фронта и тыла. Наибольший процент исследований был связан с актуальными проблемами военного времени, на первый план вышли исследования по военной хирургии и военно-полевой терапии. В блокадном городе лидировали исследования, посвященные изучению специфики заболеваний Ленинграда, «блокадной патологии», особенностям сердечно-сосудистых заболеваний в осажденном городе, созданию заменителей витаминов и продуктов питания для голодающего населения.

Важно отметить, государственную поддержку научных исследований, разработанную систему государственного поощрения и стимулирования вы-

дающихся ученых-медиков (Сталинская премия, награждение государственными орденами и медалями, почетными знаками и званиями («Отличнику здравоохранения», «Заслуженный деятель науки РСФСР»)).

Самым главным достижением советского здравоохранения стала такая организация здравоохранения (при финансировании по «остаточному» принципу), при которой этапность эвакуации раненых и заболевших пациентов или скорость доставки раненых на первичную хирургическую обработку и далее на этапы оказания медицинской помощи была больше, чем скорость развития гнойных инфекций – раневых эпидемий. Это позволило вернуть в строй 75% раненых бойцов на фронт и выиграть Великую Отечественную войну за счет раненых. После Второй мировой войны весь цивилизованный мир воспринял этот организационный принцип советской медицины как бесспорный пример подражания и руководства к действию в принципах организации здравоохранения своих стран не только в медицине катастроф, но и при всех других заболеваниях (Концепция 2011: 15).

Литература

1. Белова А.А. Выдающийся советский хирург Ю.Ю. Джанелидзе // Советская медицина. 1956. № 4. С. 84-90.
2. Гладких П.Ф. Деятельность ученых-медиков в блокированном Ленинграде // Здравоохранение РФ. 1975. № 5. С. 16-20.
3. Ерегина Н.Т. Высшая медицинская школа России в годы Великой Отечественной войны (1941-1945 гг.). Ярославль: Аверс Плюс, 2008.
4. Здравоохранение России. XX век /под ред. Ю.Л. Шевченко, В.И. Покровского, О.П. Щепина. М.: ГЭОТАРМЕД, 2001.
5. История медицины СССР /под ред. Б.Д. Петрова. М.: Медицина, 1964.
6. Концепция реформирования здравоохранения России // Личность и культура. 2011. № 1(59). С. 15-17.
7. Лукашевская Я.Н. История общества терапевтов в годы блокады Ленинграда (По материалам архива Ленинградского общества терапевтов им. С.П. Боткина) // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. 2009. № 2 (48). С. 97-109.
8. 50 лет Академии медицинских наук. М.: НПО Медицинская энциклопедия, 1994.
9. Симоненко В.Б., Магаева С.В. Ленинградская блокада и ее медицинские последствия (часть 1) // Клиническая медицина. 2009. № 5. С. 4-9.
10. Ставская В.В. Терапевты Ленинграда в годы Великой Отечественной войны 1941-1945 гг. // Клиническая медицина. 1985. № 5. С. 41-45.
11. Терновой К.С., Шалимов А.А. Видный советский хирург И.И. Джанелидзе // Клиническая хирургия. 1983. № 8. С. 77-83.
12. Тушинский М.Д., Алёшина Ф.И., Зейц З.Р. Клинические наблюдения над страдающими алиментарной дистрофией при количественном и качественном недоедании // Работы ленинградских врачей за годы Отечественной войны. Л.: Наркомздрав СССР, 1942. Вып. 3. С. 19-24.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРАКТИКИ СОВЕТСКИХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ СЛУЖБ: ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ПОДХОДЫ И РЕАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ (1960-1980 ГГ.)

В.В. Гончар

*Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения,
г. Хабаровск*

ORGANIZATIONAL PRACTICES OF THE SOVIET DENTAL SERVICES: STATE APPROACHES AND REAL ACTIVITY (1960-1980)

V.V. Gonchar

Postgraduate Institute for Public Health Workers, Khabarovsk

Аннотация: в статье анализируются организационные подходы при функционировании общественных стоматологических служб СССР в 1960-1980-е гг. Показано, что органы здравоохранения стремились повысить доступность стоматологической помощи для населения страны, однако достигалось это невысокими качественными показателями.

Abstract: The article analyzes organizational approaches to the functioning of the public dental services of the USSR in the 1960-1980s. It is shown that health authorities sought to increase the availability of dental care for the population, but this was achieved with low quality indicators.

Ключевые слова: СССР, стоматология, зубной врач, история медицины.

Key words: USSR, dentistry, dentist, history of medicine.

Политические процессы конца 1950-х – начала 1960-х гг. изменили социальную политику СССР. В стране было понимание, что здоровье является жизненно важным благом любого человека. Сохранение здоровья каждого жителя страны становилось приоритетом государства, а достижения медицинского обеспечения ставили СССР на лидирующее место в мире по темпам роста и объемам оказываемых услуг. Обеспечению населения стоматологической помощью стало уделяться значительно больше внимания.

Для решения вопросов стоматологического обслуживания населения, государственная власть сконцентрировала свои усилия по расширению подготовки стоматологических кадров, обучение которых осуществлялось как в высших, так и средних медицинских учебных заведениях. По словам министра здравоохранения СССР С.В. Курашова, сказанным в 1962 г., стоматологическому образованию в стране была дана «зеленая улица» [Курашов 1964]. К концу 1980-х гг. обеспеченность врачами стоматологического профиля в СССР достигла своего пика и составляла 4,8 на 10,0 тыс. населения, однако в этих значениях доля зубных врачей со средним медицинским образованием

составляла 30-40%. Не были до конца решены вопросы равномерного распределения стоматологических кадров по территориям, штатного укомплектования должностей стоматологов и зубных врачей, а также наблюдались диспропорции в обеспеченности специалистами в городах и сельской местности.

Основным направлением в развитии сети стоматологических учреждений стала организация самостоятельных стоматологических поликлиник. Теория о том, что стоматологи и зубные врачи должны были работать только в «тесной связке» под «одной крышей» с врачами амбулаторно-поликлинического звена потеряла свою актуальность. Количество стоматологических поликлиник возросло с 409 в 1969 г. до 521 (из них 67 детских) в 1974 г., однако во многих территориях предусмотренного центральными органами здравоохранения прироста не отмечалось.

В начале 1960-х гг. господствующая в советском практическом зубопротезировании с 1930-х гг. теория «массового зубопротезирования» стала подвергаться критике. По мнению главного стоматолога СССР В.Ф. Рудько в советском зубопротезировании «значительно недооценивался косметический фактор» [Рудько, 1964]. Начальник главного управления лечебно-профилактической помощи МЗ РСФСР Н.И. Матвеев в 1965 г. отмечал: «настало время широкого внедрения в практику зубных протезов, которые исключали бы заметные металлические «пятна» во рту» [Матвеев, 1966]. В практики ортопедической стоматологической помощи страны должны были широко внедряться методики эстетического протезирования.

С целью увеличения количества и повышения качества стоматологической помощи, с подачи центральных органов здравоохранения, в стране стали проводиться мероприятия по укрупнению лечебных учреждений, повышению производительности труда, экономии материальных средств и трудовых затрат. Более того, деятельность стоматологических служб была направлена не только на совершенствование территориально-участковой и цеховой формы оказания стоматологической помощи по «обращаемости», но и на постепенный переход на диспансерные методы лечения организованных групп населения [Гончар 2015].

Однако односторонняя ориентация на административные методы управления, не в полной мере принимавшиеся во внимание экономические стороны деятельности стоматологических практик страны, уже в середине 1970-х г. привели к отставанию темпов развития службы в стране. Особенно остро это проявилось в состоянии материально-технической базы, а применяемые технологии не требовали высокой квалификации врача, что отрицательно сказывалось на объемах и качестве стоматологической помощи. Внедрение новых методов и технологий лечения и протезирования на местах «тормозилось» и «пробуксовывалось», что трактовалось центральными органами здравоохранения как недостаточная работа местных стоматологических об-

ществ, слабое руководство со стороны главных стоматологов, инерция местных органов власти [Гончар 2016].

Показатели обеспеченности стоматологической помощью сельского населения страны были значительно ниже городского весь период советской власти. В начале 1960-х гг. вектор социального развития был направлен на создание универсального и равного доступа к общественным благам. Однако существовавшая в научном сообществе гипотеза, активно поддерживаемая центральными органами здравоохранения о том, что жители сельской местности менее подвержены кариесу зубов, а также пониженные нормы обеспеченности сельской местности материальными и кадровыми ресурсами, не позволяли приблизить этот вид медицинской помощи сельским жителям до уровня городских. Тем не менее, в 1960-1980-х гг. центральные и местные органы здравоохранением создавали инфраструктуру этого вида медицинской помощи для сельских жителей, направляли в село медицинские кадры. Существовала практика передвижных «стоматологических бригад» для работы в селах. Однако эти формы оказания стоматологической помощи не могли в корне изменить ситуацию по повышению доступности этого вида медицинской помощи для сельских жителей страны.

Несмотря на идеологическое отторжение частной врачебной практики, культивирование в обществе или нетерпимости, либо снисходительно-пренебрежительного отношения к ней, партийно-советское руководство допускало ее существование, а действующее законодательство регулировало эту сферу. Руководство страны признавало наличие недостатков и недоработок в организации стоматологических служб, ежедневной деятельности государственных стоматологических лечебных учреждений, а также невозможность полностью удовлетворить возрастающие потребности населения. Советский человек, чьи потребности в стоматологической помощи превышали возможности государства, был вынужден получать их у представителей частной практики, и рассматривал этот вид деятельности как альтернативу государственной стоматологической помощи.

Однако широким спросом у населения услуги частных стоматологических практик не пользовались, особого распространения этот вид легальной деятельности не получил и серьезным конкурентом государственной стоматологической помощи не стал. Советская власть контролировала проявления частной инициативы в здравоохранении, а население предпочитало обращаться в государственные лечебные учреждения. В большей степени такого рода услуги оказывались неофициально в стенах общественных лечебных учреждений, представляя, по сути, способ получить услуги вне очереди в рамках распределительной системы. Негибкость социалистической плановой системы хозяйствования, особенно в сфере потребления постоянно сдерживала развитие частной медицинской практики.

В риторике власти второй половины 1970-х – начале 1980-х гг. подчеркивалось, что сеть стоматологических учреждений в стране постоянно расширялась, увеличивалось количество санированных и получивших зубные протезы лиц, повышалось качество лечения, изготавливаемых зубных протезов и активно внедрялись современные методы профилактики, диагностики и лечения в стоматологии. Однако по мнению академика РАМН В.К. Леонтьева в этот период в стране наметилось отставание в области имплантологии, материаловедения, игнорировались проблемы анестезиологии в стоматологии, эстетики, профилактики, использование фторидов и многое другое, что привело к 1990 г. к отставанию отечественной стоматологии от мирового уровня на 20-30 лет [Леонтьев, 2009].

Репрезентация советской стоматологии в 1960-1980-е гг. в отечественной литературе и кино, по мнению А. Богданова, было связано исключительно с зубной болью, очередями за получением медицинской помощи, загруженностью работой специалистов, недостатком оборудования и медикаментов. Более того, технический арсенал государственных стоматологических практик, по мнению пациентов, представлял собой в основном устаревшее оборудование, бормашины с механическим приводом без систем охлаждения, неудобные кресла, слепящие лампы. По мнению обывателей, лечение зубов проходило без анестезии, поэтому превращалось в пытку, а возможность воспользоваться обезболиванием, как правило, было только благодаря «знакомству» [Богданов, 2013].

Письма трудящихся и жалобы, адресованные местным органам власти, свидетельствовали не только о медленных темпах развития практической стоматологии на местах, но и недостатках в работе стоматологических отделений и кабинетов – об их плохом оснащении, низком качестве работ, больших очередях [Петров, 1974]. Специалисты признавали, что низкое качество зубопротезирования и зубопротезных материалов обуславливает необходимость повторного протезирования через 1-2 года лиц, ранее получивших зубные протезы. По мнению МЗ СССР Е. Чазова, высказанное в постсоветское время, «до конца семидесятых годов у нас вообще не было стоматологии» [Рейтер, 2010].

В конце 1980-х гг. стал наблюдаться кризис стоматологической службы страны, связанный со сложностью работы в прежних административно-директивных условиях, шел поиск новых альтернативных путей развития специальности. Наиболее серьезные проблемы происходили в вопросах управления и организации службы, экономических подходах в практической стоматологии, возникновении альтернативной государственной стоматологической сети (кооперативы, частная деятельность), а также в материально-техническом обеспечении специальности.

В конце 1980-х гг. прежняя пассивно-созерцательная, допускающе-разрешительная позиция государственных органов по отношению к частной

врачебной практике заменяется активно поощрительной политикой. На этой волне стали создаваться стоматологические кооперативы на базе государственных структур, увеличилось количество частных стоматологических практик, формируются хозрасчетные стоматологические кабинеты на предприятиях и организациях. Устоявшаяся традиция платного оказания стоматологической помощи населению в СССР стала приобретать новые черты и законные основания.

Однако государство не отказалось от монополии в сфере оказания медицинской помощи, не предполагало создание смешанной экономики, соединяющей в себе частную и общественную инициативу. Подтверждением тому являлась разработанная МЗ СССР в 1988 г. «Программа развития стоматологической помощи в СССР до 2000 г.», которая не предусматривала роста новых организационных форм оказания этого вида медицинской помощи: индивидуальной или кооперативной. По мнению профессора В.Д. Вагнера, из-за перестроечных процессов эта программа «даже не начала реализовываться» [Вагнер, 2001].

Деятельность стоматологических служб общественного здравоохранения СССР была направлена на решение, в первую очередь, социально-гигиенических аспектов практической стоматологии и выполняла задачи по усредненным методикам в максимально возможном объеме. В погоне за количественными показателями стоматологическая помощь не всегда была ориентирована на конечный результат – здоровье населения. За цифрами не было видно реальных людей, ради здоровья и комфорта которых были организованы и функционировали общественные стоматологические службы страны. Население было не полностью удовлетворено уровнем профессиональной работы врачей из-за низкого качества стоматологического оборудования, пломбирочных и зубопротезных материалов, острой нехватки инструментов и лекарственных препаратов, недостатком препаратов для местной анестезии, уровнем сервиса государственных стоматологических практик.

Попытки государства повысить качество стоматологической помощи были мало результативны, а тенденции построения стоматологической сети ориентированной на узкую специализацию стоматологической помощи (терапию, ортопедию, хирургию и стоматологию детского возраста) стало разобщать лечение на ряд несвязанных между собой фаз, что приводило к безответственности специалистов за его конечный результат. Вместе с тем, бесплатность стоматологического лечения, его относительная доступность, социальная защищенность пациента, недостаточная осведомленность в вопросах стоматологических заболеваний, в большой мере компенсировали все недостатки.

Таким образом, в 1960-1980-е гг. в СССР была окончательно оформлена организационная модель стоматологической службы, отвечающая эко-

номическим возможностям государства, обеспечивающая медицинскую, социальную и экономическую привлекательность для пациентов, а также довольно высокий уровень стоматологического здоровья. Установки центральных органов здравоохранения и организационные практики стоматологических служб были направлены на обеспечение всеобщей доступности, своевременности и были одинакового по качеству для разных социальных слоев советского общества. Программы обязательной стоматологической диспансеризации стимулировали потребности в специалистах, расширение сети лечебных учреждений, разработку мероприятий по рациональному использованию внутренних ресурсов.

Государственные подходы в сфере стоматологического обслуживания населения были направлены на рост количественных параметров деятельности стоматологических служб, что являлось отражением общей государственной политики того времени в области экономического и социального развития общества, однако детская стоматология, ортопедическое лечение, ортодонтия, косметическая стоматология оказались менее всего адекватной потребностям населения. Стоматология не являлось у органов здравоохранения приоритетной медицинской помощью, была недооценена социальная значимость этого массового вида специальной медицинской помощи, как следствие этого, подходы к ее планированию и развитию осуществлялись на основе «остаточного» принципа без учета реальной потребности населения.

Литература

1. Богданов К.А. История сквозь зубы (стоматологические сюжеты в советской культуре) / К.А. Богданов // Новое литературное обозрение. – 2013. – № 4. – С. 156-178.
2. Вагнер В.Д. Стоматологическая поликлиника: этапы развития и становления / В.Д. Вагнер // Труды VII Всероссийского съезда стоматологов (Москва, 10-13.09.2001 г.) Материалы VII Всероссийской научно-практической конференции (Москва, 24-26.04.2001 г.). – Москва, 2001. – С. 7-10.
3. Гончар В.В. Особенности кадрового обеспечения стоматологических практик РСФСР во второй половине XX века (1945-1989 гг.) / В.В. Гончар // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2015. – № 4. – С. 7.
4. Гончар В.В. Советское зубное протезирование второй половины XX в.: вопросы доступности и качества / В.В. Гончар // История медицины. – 2016. – Т. 3. – № 3. – С. 301-314.
5. Курашов С.В. Вступительное слово министра здравоохранения СССР / С.В. Курашов // Труды IV Всесоюзного съезда стоматологов (8-12 октября 1962 г.) Москва. – Москва, 1964. – С. 3-4.
6. Леонтьев В.К. Школа / В.К. Леонтьев. – М.: Медицинская книга, 2009. – 232 с.
7. Матвеев Н.И. О состоянии и мерах по улучшению стоматологической помощи населению / Н.И. Матвеев // Труды первого Всероссийского съезда стоматологов (24-27 марта 1965 г.) под общей редакцией профессора А.И. Рыбакова. – Москва, 1966. – С. 5-15.
8. Петров П.П. Состояние и перспективы развития стоматологической помощи населению Казахстана / П.П. Петров // Материалы Первого съезда стоматологов Казахстана. – Алма-Ата, 1974. – С. 3-22.

9. Рейтер С. Правила жизни Евгения Чазова [Электронный ресурс] / С. Рейтер. – Режим доступа: <https://esquire.ru/wil/evgenij-chazov> (дата обращения 16.08.2017).

10. Рудько В.Ф. Состояние и задачи дальнейшего развития научно-исследовательской работы в области стоматологии в СССР / В.Ф. Рудько // Труды IV Всесоюзного съезда стоматологов (8-12 октября 1962 г.) Москва. – Москва: Медицина, 1964. – С. 19-34.

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ В ФОКУСЕ БОРЬБЫ ЗА ПРИОРИТЕТЫ В НАУКЕ

Н.Т. Ерегина

Ярославский государственный медицинский университет

THE HISTORY OF MEDICINE IN THE FOCUS OF FIGHTING PRIORITIES IN SCIENCE

N.T. Eregina

Yaroslavl State Medical University

Аннотация: статья посвящена ситуации в высшей медицинской школе и медицинской науке во второй половине 1940-х годов. Показано влияние идеологических установок на изучение и преподавание истории медицины.

Ключевые слова: медицинское образование, идеологические кампании, космополиты, борьба за приоритеты.

Abstract: The article is devoted to the situation in the higher medical school and medical science in the second half of the 1940s. The influence of ideological attitudes on the study and teaching of the history of medicine is shown.

Key words: medical education, ideological campaigns, cosmopolitans, struggle for priorities.

Как правило, любая серьезная научно-исследовательская работа начинается с выяснения степени изученности вопроса. Это предполагает обстоятельный анализ вышедшей по данной проблеме научной литературы, как отечественной, так и зарубежной. Более того, знакомство автора с зарубежными публикациями – один из признаков серьезной и всесторонней проработки проблемы. Увы. В истории медицины, как и в истории всей советской науки так было не всегда. Были времена, когда обращение к западной науке не только осуждалось, но и могло стать причиной увольнения с работы и даже изгнания из научной среды.

В 1940-е годы в советской медицине развернулся целый ряд идеологических кампаний, направленных на борьбу с преклонением перед западной наукой и культурой. Начались они с постановлений ЦК ВКП(б) 1946 г. «О журналах «Звезда» и «Ленинград», «О репертуаре драматических театров и мерах по его улучшению», «О кинофильме «Большая жизнь». В полной мере

они затронули и высшую медицинскую школу, которая являлась важнейшим участком идеологического воспитания, генерировала кадры, определявшие будущее страны.

Осенью 1946 года, опережая соответствующие министерские приказы, медицинские институты провели Ученые советы и партийные собрания, призвавшие перестроить всю научную и педагогическую работу в соответствии с постановлениями ЦК ВКП(б) по идеологическим вопросам. По времени они совпали с набиравшей силу борьбой с низкопоклонством перед Западом, начавшейся в медицине с так называемого «дела Ключевой и Роскина» (1946 г.). То, что рукопись их монографии «Биотерапия злокачественных опухолей» академик-секретарь АМН СССР В.В. Парин в порядке научного обмена передал американским ученым во время визита в США, обернулось для всех троих настоящей трагедией. В.В. Парин по обвинению в шпионаже был приговорен к 25 годам заключения. Н.Г. Ключева и Г.И. Роскин, а также министр здравоохранения СССР Г.А. Митерев были освобождены со своих должностей и предстали перед «судом чести» [4]. Закрытое письмо ЦК ВКП(б) о деле профессоров Ключевой и Роскина от 16.07.1947 г. было направлено в партийные организации высших учебных заведений Министерства здравоохранения СССР и РСФСР для обсуждения на закрытых партийных собраниях.

Набиравшая силу холодная война в сфере медицинской науки и медицинского образования приобретала уродливые формы. Советская медицинская наука искусственно изолировалась от зарубежной науки. Новейшая иностранная литература становилась недоступной для исследователей. А для имевших доступ к изданиям под грифом «ДСП» (для служебного пользования) открывалось широкое поле для плагиата. В соответствии с постановлением политбюро ЦК ВКП(б) от 16 июля 1947 г. прекращалось издание российских журналов Академии наук СССР на иностранных языках [8].

В учебных планах медицинских факультетов дисциплина «История медицины с основами советского здравоохранения» в объеме 60 часов появилась в 1930 году. До этого времени она читалась в ряде вузов в качестве факультатива. В 1938-м и последующих предвоенных годах, отмеченных серьезными подвижками в содержании образования, история медицины исчезла из планов, уступив место таким курсам, как ПВО, устройство вооруженных сил, санитарно-химическая оборона, медико-санитарная служба. В 1948 г. «История медицины» вновь появляется в учебных планах в качестве обязательной. Вопросы по истории медицины, в основном научно-биографического плана – о выдающихся отечественных ученых-медиках, стали регулярно включаться в экзаменационные билеты по терапии, хирургии, педиатрии и другим клиническим дисциплинам. Интересная и важная для становления будущего медика дисциплина, она излагалась искусственно

односторонне и необъективно. В содержании курса упор делался на достижения русских ученых. Открытия и имена западных авторов, прежде всего в разделах нового и новейшего времени, раскрывались схематично или замалчивались вовсе. Наука от этого только проигрывала, а истина нередко искажалась. Перед преподавателями ставилась четкая задача критики зарубежной науки и восхваления достижений отечественной.

Преступлением, за которое можно было попасть на страницы газет, становилось простое упоминание иностранных авторов, расцениваемое как отсутствие патриотизма. В Ярославском медицинском институте два Ученых совета были посвящены проступку зав. кафедрой нервных болезней проф. Г.Г. Соколянского, указавшего в своей статье «К симптоматологии поражений левой теменно-затылочной височной области» на заслуги иностранных авторов в изучении этого вопроса. Статья Г.Г. Соколянского стала объектом критики очередного номера газеты «Медицинский работник» за 13 ноября 1947 года [3]. И не только его. Содержание этой центральной медицинской газеты за 1948-1950-е гг. пестрит статьями о российских приоритетах и о непатриотичных ученых.

В Советском Союзе под запретом оказывались не только статьи, но и учебники. Министр высшего образования СССР С.В. Кафтанов призвал работников высшей школы «решительно вытравить из программ, учебников, учебных пособий элементы аполитичности, объективизма, безыдейности, элементы раболепия перед буржуазной наукой» [6]. В январе 1948 г. на совещании директоров медицинских институтов за цитирование иностранных авторов и отсутствие «политической остроты» резкой критике подвергся учебник проф. Д.Л. Рубинштейна «Общая физиология» [2]. Схожие обвинения были предъявлены его однофамильцу, автору вышедшей в 1946 г. книги «Основы общей психологии» проф. С.Л. Рубинштейну [7]. В 1949 г. необоснованной критике подвергся зав. отделом истории Института организации здравоохранения и истории медицины, единственный историк медицины в числе первых академиков АМН СССР проф. И.Д. Страшун, обвиненный в «эстетствующем космополитизме», «буржуазном объективизме», «злонамеренных попытках скрыть передовое значение русской медицины и величие советской медицины» [5].

Минздрав СССР в своих приказах требовал от директоров медицинских вузов все более активно включаться в борьбу с низкопоклонством, приводить факты русских приоритетов в медицинской науке. В 1949 г. лозунг «выкорчевывания остатков космополитизма из высшей школы» в идейно-воспитательной работе медицинских вузов вышел на первый план [1]. Новый импульс этому процессу задала статья «Об одной антипатриотической группе театральных критиков», опубликованная в «Правде» от 28 января 1949 г., знаменовавшая развертывание еще более активного этапа в борьбе с космополитами.

В конце 1940-х годов во всех медицинских институтах стали оформляться тематические стенные газеты «Историческая правда о русской науке», «Выдающиеся деятели русской медицины». В них помещались портреты известных русских ученых-медиков, рассказывалось об их жизни, научной и практической деятельности. Тематика выпусков заранее программировалась рассылаемыми в вузы информационными письмами Минздрава СССР, ведущими медицинскими и научно-популярными журналами.

Сложно оценить их однозначно. Безусловно, положительно, что они рассказывали студентам о выдающихся русских ученых, о важнейших открытиях в медицине, о развитии отечественной медицины. В то же время, отражая политические и идеологические установки тех лет, газеты не всегда сообщали студентам правду. Вот лишь некоторые факты, которые сообщались студентам. Открытие пенициллина – заслуга не А. Флеминга, а В.А. Манассеина и А.Г. Полотебнова. Инсулин открыт не Ф. Бантингом, а Л.Ф. Соболевым за 20 лет до Бантинга. Э. Страсбургер похитил открытия В.И. Беляева и И.Д. Чистякова по митозу и редукционному делению. Д.Л. Романовский, а не П. Эрлих – основоположник химиотерапии. П.Н. Лашенков а не А. Флеминг открыл лизоцим. Щипцы Кислянда на самом деле — щипцы И.П. Лазаревича. Ангина Пляут-Венсана впервые описана С.П. Боткиным и Н.П. Симановским. Симптом Блюмберга при остром перитоните задолго до него предложил и широко применял в практике пензенский врач Д.С. Щеткин. Узелки Ашофа гораздо раньше него описал В.Т. Талалаев. Метод лечения переломов костей — остеосинтез при помощи металлического гвоздя впервые применил профессор Московского университета И.К. Спижарный (1912), а не Кюнчер, предложивший его в 1940 году. Русский психиатр А.А. Корсаков, а не Э. Крепелин и Э. Блейлер впервые описал шизофрению; и многое другое.

Возьмем, к примеру, одно из утверждений – об открытии пенициллина. К этому открытию действительно причастны многие, в том числе отечественные ученые, профессора Алексей Герасимович Полотебнов и Вячеслав Авксентьевич Манассеин. В начале 1871 г. В.А. Манассеин опубликовал в «Военно-медицинском журнале» статью, в которой утверждалось, что в пробирках с питательной средой, где он выращивал зеленую плесень, никогда не появлялись бактерии. Это было нечто новое, поскольку большинство врачей того времени считали, что бактерии порождаются плесенью. Познакомившись с этой статьей, приват-доцент Петербургской Медико-хирургической академии А.Г. Полотебнов начал свои опыты с зеленой плесенью – *Penicillium glaucum*. Они дали неожиданные результаты: плесень легко врачевала язвы, незаживающие годами. Результаты наблюдений он изложил в работе «Патологическое значение плесени», публикуемой по частям в десяти номерах журнала «Медицинский вестник» за 1872 год. К сожалению,

ни А.Г. Полотебнов, ни В.А. Манассеин не оценили должным образом своих наблюдений, не продолжили исследований необычайных свойств зеленой плесени. По существу, эти их научные работы остались не оцененными современниками. Вспомнили о них только через 70 лет, после открытия пенициллина.

Далеко не все, что сообщалось студентам, соответствовало истине. Отдельные факты недостоверны, другие спорны, третьи откровенно сомнительны и сегодня об этом предпочитают не вспоминать. Каждое из приведенных утверждений требует внимательного анализа и детального объяснения. Установить первенство подчас достаточно сложно. В истории науки это встречается часто. Иногда открытия шли рядом, параллельно. Приоритет закреплялся за тем, кто довел исследование до конца и обнародовал свое открытие. Об этом подробно в научно-популярной форме рассказано в книге С.Г. Бернатосяна «Воровство и обман в науке» (СПб.: Изд-во «Эрудит», 1998).

В СССР в конце 1940-х годов борьба за приоритеты в области медицины зачастую доходила до абсурда. Авторы не столько искали истину, сколько соревновались в поисках имен русских врачей, предвосхитивших открытия иностранцев, а газета «Медицинский работник» пестрела заголовками: «О приоритете русских хирургов», «Ведущая роль русских ученых в развитии маляриологии», «Извращение истории русской науки», «О приоритете русской онкологической школы» и др. Да и сама кампания борьбы за отечественные приоритеты ничего, кроме вреда, не принесла советской науке и медицине, приведя к искусственной замкнутости и изолированности отечественных медицинских разработок.

И в то же время. Именно в конце 1940-х – начале 1950-х годов в стране большими тиражами выходили увлекательные научные и научно-популярные книги и брошюры о деятелях русской науки, знакомящие читателей с их открытиями, их вкладом в мировую науку, их непростой жизнью. Это не потерявшие своей актуальности работы врачей и историков медицины Д.М. Российского, Х.С. Коштыянца, В.С. Вайля, М.А. Тикотина, Ф.Р. Бородулина, Е.М. Маргорина, В.Н. Смотровая и многих других.

При всех перегибах и издержках тех лет, студенты гораздо лучше, чем сегодня, знали историю отечественной медицины. Этому уделялось большое и вполне заслуженное внимание: в лекциях, на практических занятиях, в стенгазетах. Вопросы о деятельности отечественных медиков и достижениях русской медицины неизменно присутствовали в экзаменационных билетах по всем дисциплинам. Портреты выдающихся деятелей отечественной науки украшали практически каждую вузовскую аудиторию. Молодежь о них знала и по праву гордилась. В этом не было показного патриотизма. Среди деятелей отечественной медицины было немало тех, чья жизнь с полным основанием могла являться примером для подражания.

Давление партийно-государственной идеологии в высшей медицинской школе стало несколько ослабевать лишь со второй половины 1950-х гг. Идеологическая несвобода конца 1940-х – начала 1950-х годов серьезно осложняла научную и учебную деятельность в высшей медицинской школе. Все это не могло не сказаться на деформации содержания учебных программ по истории медицины, следовательно, на профессиональной подготовке врачей, на боязни преподавателей в отстаивании научной истины, на сдерживании и приостановке многих научных исследований.

Литература

1. Вестник высшей школы. 1949. № 3. С. 1-6.
2. Государственный архив Российской Федерации. Ф. 8009. Оп. 9. Д. 805. Л. 118-120.
3. Ерегина Н.Т. Ярославская медицинская академия: от истоков до наших дней. Ярославль: ИПК «Индиго», 2013. С. 52.
4. См. подробнее: Есаков В.Д., Левина Е.С. Сталинские «суды чести»: «Дело КР». М.: Наука, 2005.
5. Заблудовский П.Е., Лотова Е.И., Идельчик Х.И. Академик АМН СССР И.Д. Страшун и 1-й ММИ // Исторический вестник Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова. Т. 1. М., 1992. С. 79-81.
6. Кафтатов С.В. Итоги развития высшей школы и ее задачи // Вестник высшей школы. 1947. № 12. С. 4.
7. Колбановский В.Н. За марксистское освещение вопросов психологии // Большевик. 1947. № 17. С. 57.
8. Сталин и космополитизм. Документы Агитпропа ЦК КПСС. 1945-1954 / Сост. Д.Г. Наджафов, З.С. Белоусова. М.: Материк, 2005. С. 128.

НЕПРОПОРЦИОНАЛЬНАЯ КАРЛИКОВСТЬ: ИСТОРИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПРОБЛЕМЫ

М.А. Еремушкин

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Минздрава России, Москва

DISPROPORTIONATE DWARFISM: THE HISTORICAL AND SOCIAL ASPECTS OF THE ORTHOPEDIC PROBLEM

M.A. Eremushkin

FGBU «National Medical Research Center for Rehabilitation and Balneology», Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow

Аннотация: Статья посвящена историческому обзору социальных аспектов непропорциональной карликовости. Эволюция отношения общества к пациентам с врожденными аномалиями развития скелета, сопровождающимися низкорослостью и карликовостью, только в наши дни, благодаря ре-

абилитационному направлению современной системы здравоохранения, достигла этапа, позволяющего инвалидам полностью реализовать свои права и свободы и полноценно участвовать в жизни общества.

Ключевые слова: непропорциональная карликовость, врожденные аномалии развития, ахондроплазия, ортопедия, инвалиды, реабилитация, история медицины.

Abstract: The article is devoted to a historical review of the social aspects of disproportionate dwarfism. Evolution of the attitude of society towards patients with congenital abnormalities of skeletal development, accompanied by short stature and dwarfism, only nowadays, thanks to the rehabilitation direction of the modern health care system, has reached the stage allowing disabled people to fully realize their rights and freedoms and participate fully in the life of society.

Key-words: disproportionate dwarfism, congenital malformations, achondroplasia, orthopedics, people with disabilities, rehabilitation, medical history.

Заболевания скелета с диспропорциями тела всегда привлекали к себе пристальное внимание общества. Тем не менее, отношение к больным, страдающим подобными пороками развития опорно-двигательного аппарата, в различные времена и у разных народов было неоднозначным.

Первые достоверные сведения о непропорциональной карликовости относятся к временам становления Древнеегипетского царства, т.е. более 5-ти тысяч лет тому назад. При недавних раскопках, организованных Немецким институтом археологии в Каире, в могильном комплексе королей Дена и Квуа-а (I династийный период, 2920-2770 гг. до н.э.), были обнаружены дистальная часть левой плечевой кости и, отдельно, метатарзальная кость, которые определено принадлежали чрезвычайно низкорослым субъектам с одной из форм остеохондродисплазии, сопровождающейся диспропорциональной карликовостью.

Изображения карликовых человечков встречаются уже на глиняных сосудах Додинастийного периода (до 3000 г. до н.э.). Отдельные археологические находки, особенно I-VIII династии фараонов, гипсовые статуэтки, настенные барельефы, стеллажи изображали характерных «маленьких людей» с короткими конечностями и/или туловищем. Особый интерес, с точки зрения ортопедического диагноза, представляет статуэтка карлика Сенеба с его здоровой женой и двумя также здоровыми детьми, созданной не позднее 2500 г. до н.э.

Для древних цивилизаций вообще было характерно не только терпимое отношение к непропорциональным карликам, но даже обожествление таких людей. Так, в Древнем Египте бог Бэс изображался карликом с короткими ручками и ножками. Женой Бэса считалась карликообразная

богиня Бэсит, реже богиня Таурт, беременная самка гиппопотама с женскими грудями, руками и волосами и с зубами крокодила. С эпохи XII династии (1991-1785 гг. до н.э.) культ Бэса распространился по всему Египту. Исследования показали, что Бэс – не отдельное божество, а собирательное название различных, отличающихся друг от друга карликовых божеств, которые, начиная с эпохи Нового царства (1552-1070 гг. до н.э.), смешиваются, сливаются друг с другом. Различали следующие ипостаси Бэса: Бэс-Аха (Бэс-Воин), защитник от злых духов, скорпионов, змей и т.п. и Бэс-Хит (Бэс танцующий), божество пляски, веселья, музыки, покровитель невест и свадебных торжеств. В виде Бэса изготавливали амулеты; изображения Бэса – покровителя женской красоты – встречаются на гребнях, зеркалах, ларцах; иногда их вытатуировывали на теле. Культ Бэса был очень популярен и не прерывался на всем протяжении истории Древнего Египта.

Божества с близкой иконографией и функциями, аналогичными функциям Бэса, почитались у многих народов Средиземноморья, Передней и Средней Азии, Дальнего Востока, Причерноморья и Приуралья. Именно он, «египетский карлик Гарпократ», по свидетельству Плутарха, явился прототипом одному из мифологических сыновей древнегреческого бога врачевания Асклепия – Телесфору, гению выздоровления (буквально «приводящий к благополучному концу»).

Искусство Древней Греции и Древнего Рима также не обошло вниманием тему «маленьких людей». История сохранила сведения о том, что непропорциональной карликовостью (вероятно, ахондроплазией) страдал древнегреческий философ-баснописец Эзоп. На фрагментах мозаики, украшавшей пол на вилле древнеримского врача (II век до н.э. – I век н.э.), изображены двое детей с ризомелическим укорочением конечностей: девочка с укорочением плечевых и бедренных костей и вальгусной деформацией голени и мальчик 3-4 лет с укорочением конечностей и варусными голеними.

Многочисленные письменные свидетельства о разных формах карликовости часто встречаются вплоть до V в. н.э., но ни в одном из них нет даже намека на отрицательное отношение к подобным дефектам роста, за исключением, разве что, законов Древней Спарты, где слабых и уродливых детей старейшины сбрасывали в пропасть.

Полному неприятию и изоляции подвергались больные с диспропорциональной карликовостью в средневековой Европе. Дело в том, что в те времена таких детей по католической традиции считали «сатанинским отродьем» или результатом сожительства женщины с животными. Несмотря на то, что еще Аристотель (384-322 гг. до н.э.) показал абсурдность подобной точки зрения, имеются указания, что вплоть до XVII в. в Дании и Северной Америке имели место случаи казни женщин, родивших детей с врожденными пороками. О столь фантастической причине возникновения

врожденных пороков развития, учитывая традицию западного христианства и стремясь ее опровергнуть, высказывался Петр Великий в своем указе от 13 февраля 1718 г. о создании Кунсткамеры. Приводя аргументы богословского и медицинского содержания и просто взывая к здравому смыслу, он писал; «только невежды могут полагать, что уроды рождаются от действия дьявольского; творец всей твари – Бог, а не дьявол; уродство – это физиологическая аномалия».

От полного неприятия отношение к непропорциональным карликам с конца XV в. перешло в некую форму издевательства над ними. Кошунственно-игровой момент постоянно присутствовал в интересе царских домов того времени к уродам в целом. При дворах французского Людовика XIII, испанского Филиппа IV, российского Петра I и других европейских самодержцев содержался постоянный штат карликов, безумцев и шутов, регулярно устраивались показательные карликовые свадьбы и похороны. Вот как описывает похороны одного карлика в Санкт-Петербурге в своем дневнике от 1 февраля 1724 г. камер-юнкер Ф.В. Берхгольц: «... Тотчас позади их шел маленький карло, фаворит императора, в качестве маршала ... На этом карле, как и на всех прочих его товарищах, была длинная черная мантия; он шел во главе других карликов, следовавших за ним попарно, именно меньшие впереди, большие позади, и в числе их было немало безобразных лиц и толстых голов.... Император вместе с кн. Меншиковым шел за процессиею пешком ... Когда карла сажали там в сани, он, говорят, многих из них бросал туда собственными руками. Умерший карло был тот самый, для которого в 1710 году устроена была большая и знаменитая свадьба сорока пар карл и карлиц, собранных по приказанию императора, из всего государства».

Тем не менее, именно в то время такими художниками, как Иероним Босх, Питер Брейгель, Джузеппе де Рибера, Диего Веласкес, Якоби В.И. были созданы шедевры мировой живописи, касавшиеся темы непропорциональной карликовости. С полным правом лучшей частью творческого наследия испанского художника Диего Веласкеса (1599-1660 гг.) можно назвать его «тератологическую» серию портретов придворных карликов и шутов. Картина, изображающая карлика донна Себастьяна де Морра, больного страдающего ахондроплазией, убеждает силой искусства своего творца, что условно восхваляемые достоинства – телесная красота, сила, богатство, в действительности, не являются самыми ценными в человеческом предназначении, а есть что-то более важное, более ценное – мудрость, доброта, сострадание. Вот почему безобразие уродцев с картин Веласкеса превращается у художника в достоинство.

С начала XIX столетия отношение к больным с непропорциональной карликовостью стало кардинально меняться. Под влиянием научных работ И. Меккеля, отца и сына Сент-Илеров, П.И. Митрофанова и других ученых,

сформировалась новая наука – тератология, изучающая врожденные пороки развития и позволившая взглянуть на карликов как на людей тяжело больных, нуждающихся в помощи и участии. Но только после 2-й мировой войны, когда в США, Италии, Дании, Франции и ряде других стран начали создаваться организации «маленьких людей», на больных с низким ростом и непропорциональным телосложением обратила внимание вся мировая общественность.

Устранение социальной ущемленности данной категории больных в таких сферах, как работа, общественная жизнь и экономическая самообеспеченность, является в основном вопросом законодательства, политической культуры, отношения общества к людям с карликовым ростом. Тем не менее, в современном обществе также существуют два диаметрально противоположных мнения по этой проблеме. Так, в США основные законодательные акты, такие, как Закон об американцах с инвалидностью (Americans with Disabilities Act), обеспечивают всем инвалидам, в том числе с нарушением роста, законодательную базу против дискриминации, в то время как общество ориентирует их на интеграцию, а не сегрегацию или уединение в изолированных медико-социальных центрах.

В то же время во многих странах нет похожего законодательства, и на практике отдельные государственные институты даже склоняются к дискриминации инвалидов. Например, в 1993 г. в городе Фленсбург на севере Германии суд поддержал заявление супружеской пары о том, что их отдых был испорчен присутствием группы инвалидов в их отеле. По последним данным социологических исследований группы английских ученых под руководством доктора P. Winkar из Королевского госпиталя, более половины людей с ростом менее 160 см склонны к полноте, злоупотреблению алкоголем и курению и страдают сердечно-сосудистыми заболеваниями, а 3/4 из них занимают малооплачиваемые рабочие места или относятся к категории бедных.

И все же, по рекомендациям ООН, опубликованным еще в 1995 г. в форме документа «Стандартные правила уравнивания возможностей для лиц с инвалидностью», обязанность каждого государства – принять надлежащие меры для устранения все еще существующих препятствий, не позволяющих инвалидам полностью реализовать свои права и свободы и мешающих им полноценно участвовать в жизни общества.

Но несомненным является то, что, кроме государственного и общественного социального внимания в оказании помощи детям-калекам, да и многим взрослым инвалидам с непропорциональной карликовостью, важнейшую роль играет медицина, и в особенности ортопедия. В 1936 г. на III Международной конференции по борьбе с детским калечеством Bözidar-Spicik говорил: «Мы, ортопеды, горды тем, что мы первые энергично настаиваем на

выявлении социальной стороны как неотъемлемой части нашей клинической деятельности и что мы первыми стали считать каждого ортопедического пациента активным и продуктивным членом общества, которому следует приписать экономическую ценность нормального человека».

Именно эти задачи решает рациональное проведение реабилитационных мероприятий, способных за счет формирования новых компенсаторных приспособлений опорно-двигательного аппарата улучшить качество жизни и обеспечить создание условий для адекватной социальной активности пациентов с непропорциональной карликовостью. В процессе реабилитации человек может, в том числе, заново учиться одеваться или питаться, овладевает новыми средствами общения, новым методом передвижения, иногда на инвалидном кресле, или новыми методами организации и выполнения повседневных действий.

Конвенция ООН о правах инвалидов, принятая Генеральной Ассамблеей ООН 13 декабря 2006 г. и подписанная Российской Федерацией 24 сентября 2008 г., устанавливает международные обязательства государств – участников в области реабилитации инвалидов, предусматривающие осуществление мер по предоставлению инвалидам возможностей для достижения и сохранения максимальной независимости, реализации физических, умственных, социальных и профессиональных способностей и полного включения и вовлечения во все аспекты жизни общества, – путем организации, укрепления и расширения комплексных реабилитационных услуг и программ. Практической реализацией столь амбициозной задачи в наши дни послужил, вступивший в силу с 1 января 2016 г., Приказ Минтруда России № 528н от 31 июля 2015 г. «Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм».

От всеми почитаемых богов до не имеющих права на жизнь калек, от нищих до придворных шутов, от людей «второго сорта» до больных, нуждающихся в лечении, – именно так, противоречиво, складывалась драматичная история социальных взаимоотношений «больших с маленькими», «нормальных с уродами», «здоровых с больными». Вследствие чего можно сказать, что отношение к больным с наследственными заболеваниями является характерным показателем зрелости, цивилизованности общества в целом. Таким образом, приведенные факты убедительно показывают, что врожденные пороки, сопровождающиеся непропорциональной карликовостью, являются актуальнейшей социальной проблемой, решение которой задача не только государственная или узко специализированная, но и общественная, т.е. каждого из нас.

Литература

1. Белозерова Д. И. Карлики в России XVII – начала XVIII века. // Развлекательная культура России XVIII – XIX веков. Очерки по истории и теории. СПб. 2000, С. 143-152.
2. Бережный А.П. Ортопедическая хирургия эпифизарных остеохон-дродисплазий у детей. Актовая речь. / М., 1999. 16 с.
3. Еремускин М.А. Реадаптация средствами функциональной терапии детей с остеохондродисплазиями, сопровождающимися нанизмом и субнанизмом: дис. ... канд. мед. наук. Москва, 1999. 162 с.
4. Кобленкова Д. В. Метафоры роста: карлики в шведской литературе XX века. // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. 2014, № 2 (2), С. 191-194.
5. Левинтон Г. А. Карлики. // Мифы народов мира (энциклопедия). М.: «Советская энциклопедия», 1991. Т. 1, С. 623-624.
6. Леруа А. М. Мутанты. О генетическом разнообразии и человеческом теле. / Пер. с франц. М.: «CORPUS», «Астрель», 2010. 560 с.
7. Пинтер Г. Карлики / Пер. с англ. СПб.: Амфора, 2006. 272 с.
8. Рохлин Д.Г. Болезни древних людей. / Москва-Ленинград: «Наука», 1965. 203 с.
9. Семкина Е. А. Карлик – герой мезоамериканского фольклора. // История и семиотика индейских культур Америки. М., 2002. С. 250-257.
10. Шапиро К.И. Травматология и ортопедия в зеркале искусства. Актовая речь. / СПб. 1995. 28 с.
11. Dasen V. Dwarfs in Ancient Egypt and Greece. Oxford: Oxford UP, 2013. 440 p.

БАШКИРСКИЕ НИИ КАК БАЗОВАЯ ОСНОВА ДЛЯ СОЗДАНИЯ БАШКИРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА

А.У. Киньябулатов

Башкирский государственный медицинский университет

А.А. Хазиманова

Поликлиника № 43 г. Уфы

BASHKIR RESEARCH INSTITUTE AS A BASIC BASIS FOR THE CREATION OF THE BASHKIR STATE MEDICAL INSTITUTE

A.U. Kinyabulatov

Bashkir State Medical University

A.A. Khazimanova

Polyclinic № 43 of Ufa

Аннотация: статья посвящена организации Башкирского государственного медицинского института в 1932 году на базе Башкирского НИИ Совета народных комиссаров Башкирской АССР и Башкирского НИИ социалистического здравоохранения и гигиены.

Ключевые слова: Башкирский государственный медицинский институт, научно-исследовательский институт, народный комиссариат здравоохранения.

Abstract: The article is devoted to the organization of the Bashkir State Medical Institute in 1932 on the basis of the Bashkir Research Institute of the Council of People's Commissars of the Bashkir ASSR and the Bashkir Research Institute of Socialistic Health and Hygiene.

Key words: Bashkir State Medical Institute, Scientific Research Institute.

В установлении хронологии становления и организации Башкирского государственного медицинского института использован архивный, исторический и биографический методы исследования.

В ходе исследования установлено, в г. Уфа в 1929 году при содействии Башкирской комплексной экспедиции был создан Башкирский научно-исследовательский институт Совета народных комиссаров (СНК) Башкирской АССР (БАССР).

Основные направления деятельности которого сводились к изучению родного края в области фольклора, археологии, истории, изучение почвенных, растительных, водных, энергетических и топливных ресурсов, в т.ч. изучение здоровья коренного населения республики. В составе института функционировало 6 отделов: естественно-исторический, лесотехнический, промышленный, сельского хозяйства, социально-культурный и медицинский. Штат научных сотрудников института был укомплектован из числа участников Башкирской комплексной экспедиции (в 1930 году насчитывалось 12 человек). В составе Башкирского НИИ СНК БАССР были организованы научная библиотека и Башкирский краеведческий музей. В 1931 году Башкирский НИИ СНК БАССР был реорганизован [1]. Активную работу в составе Медицинского отдела принимал известный хирург М.В. Вакуленко, который первым в Башкирской АССР в 1930 году сделал переливание крови, проводил сложные хирургические операции, в т.ч. нейрохирургического профиля.

Медицинский отдел Башкирского НИИ СНК БАССР располагался в г. Уфе по адресу: ул. Октябрьской революции, 10 (старое название улицы – Большая Казанская). В соседнем здании по адресу: ул. Октябрьской революции, 8, в течение длительного времени располагалась Уфимская земская фельдшерско-акушерская школа.

Хирург М.В. Вакуленко 15 апреля подготовил служебную записку по структуре Медицинского отдела [2], при этом он сделал предположение, кто может возглавить данные секции из врачей.

После реорганизации в 1931 году Башкирского НИИ СНК БАССР из Медицинского отдела был сформирован Башкирский научно-исследовательский институт социалистического здравоохранения и гигиены, директором которого был назначен народный комиссар здравоохранения Башкирской АССР Киньябай Хайретдинович Ишмухаметов [3].

Основные вехи в работе народного комиссара: открытие Башкирского государственного медицинского института (1932 г., первый директор С.М. Трайнин) и Башкирского НИИ социалистического здравоохранения и гигиены при Башкирском народном комиссариате здравоохранения (период работы института в 1931-37 гг., директор К.Х. Ишмухаметов). После ареста К.Х. Ишмухаметова в 1937 году научно-исследовательский институт до Великой Отечественной войны постепенно был расформирован. При участии и руководстве К.Х. Ишмухаметова проведены следующие организационные мероприятия и события в республике:

1930 г. – Организация кожно-венерологического института.

1930 г. – Организация туберкулезного института.

1931 г. – Постановление Бюро Обкома ВКПб/ об открытии Мединститута.

1932 г. – Открытие Башкирского государственного медицинского института в г. Уфа.

1933 г. – Организация контрольно-аналитической лаборатории по проверке лекарств, изготавливаемых аптеками.

1933 г. – Проведено 3-е Всебашкирское совещание по здравоохранению.

1934 г. – Первые выпеты для оказания медицинской помощи больным районам на самолетах «ОСАВИАХИМ».

1934 г. – Открытие Юматовского санатория.

1936 г. – Организация в Уфе двухгодичных курсов по подготовке провизоров из практических аптечных работников без отрыва от производства.

1936 г. – Начало вакцинации новорожденных против туберкулеза в г. Уфе.

1936 г. – Организация звена санитарных самолетов при Обкоме Красного Креста.

1937 г. – Всебашкирское совещание санитарных врачей и эпидемиологов.

В 1937 г. К.Х. Ишмухаметов был репрессирован, в 1956 г. – посмертно реабилитирован. Награжден орденом Красного Знамени (1922 г.).

Выводы: 1) Башкирский государственный медицинский институт, открытый в 1932 году (15 ноября начались регулярные практические занятия), был организован на базе Башкирского научно-исследовательского института социалистического здравоохранения и гигиены (дата организации 1931 год – директор, народный комиссар здравоохранения Башкирской АССР Киньябай Хайретдинович Ишмухаметов (1930–1937 гг.).

2) Башкирский научно-исследовательский институт социалистического здравоохранения и гигиены был организован в 1931 году после реорганизации Медицинского отдела Башкирского научно-исследовательского института Совета народных комиссаров Башкирской АССР, созданный в 1929 году (директор – М.А. Баимов).

Литература

1. Каримов К.К. Башкирский научно-исследовательский институт СНК БАССР // Башкирская энциклопедия. В 7 т. / Гл. редактор М.А. Ильгамов. Т. 1: А–Б. Уфа: Башкирская энциклопедия, 2005. – С. 365.

2. ГИА РБ. Ф. 444, Оп. 1, Дело 69, С. 20-22.

3. Киньябулатов А.У., Евсюков А.А., Зайнуллин Р.Т. Народные комиссары и министры здравоохранения Башкирской АССР (Республики Башкортостан). Уфа, 2008. 32 с.

РЕАЛИЗАЦИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РАБОЧИХ ЦЕНТРАЛЬНОГО ЧЕРНОЗЕМЬЯ В 1921-1928 ГГ.

О.А. Кистенева

Белгородский государственный национальный исследовательский университет

В.В. Кистенев

Белгородский государственный институт искусств и культуры

IMPLEMENTATION OF THE STATE POLICY OF SOCIAL INSURANCE OF WORKERS OF THE CENTRAL CHERNOZEM REGION IN 1921-1928.

O.A. Kisteneva

Belgorod National Research University education department

V.V. Kistenev

Belgorod State University of Arts and Culture

Аннотация: в статье рассматривается государственное социальное страхование рабочих промышленных предприятий в годы нэпа, приводятся данные о видах социального обеспечения.

Abstract: the article discusses the state social insurance of industrial workers in the years of the NEP, describes the kind of social security.

Ключевые слова: социальное страхование, взносы, страховые кассы, профсоюзы, Центральное Черноземье, 1921-1928 гг.

Key-words: social insurance contributions, insurance offices, trade unions, Central Chernozem, 1921-1928 years.

Исследование посвящено одной из важных, но одновременно и слабоизученных проблем отечественной истории. В советском периоде российской истории особое место занимают события 1920-е гг. XX века, которые хорошо показывают процесс развития советского страхования: пересечение в рамках многоукладной экономики элементов рыночных отношений и планового регулирования страхового дела. В настоящее время в условиях реформи-

вания страхования изучение того, как в 1920-е гг. развивалось страхование, поможет учесть позитивный опыт. Сегодня, в период проводимых в России реформ, в том числе в области страхования, значимыми являются вопросы, связанные с изучением отечественного опыта социального обеспечения рабочих промышленных предприятий. В связи с этим все чаще происходит обращение к истории страхования.

В течение длительного времени социальное обеспечение в нашей стране осуществлялось преимущественно в форме государственного социального страхования рабочих. 15 ноября 1922 года правительством был принят закон о проведении социального страхования в государственной промышленности за счет предприятий, в частновладельческой – за счет предпринимателей (Как советские законы ...1926: 8). Декретом ВЦИК И СНК от 21 декабря 1922 г. (Действующее законодательство о труде 1923: 208) была проведена передача социального страхования из Народного Комиссариата Социально-Обеспечения в Народный Комиссариат Труда СССР. Причинами такого изменения, как это отмечено в Тезисах о социальном страховании, утвержденных в сентябре 1922 г. (Киселев 1922: 6), послужил переход государственных предприятий на хозяйственный расчет и допуск частного капитала. Социальное страхование распространялось на всех лиц наемного труда. В КЗоТ РСФСР 1922 г. содержался целый ряд положений, направленных на регулирование отношений по обеспечению рабочих в порядке государственного социального страхования (Чернова 2007: 87).

Определяя экономическую основу обеспечения граждан в порядке государственного социального страхования, КЗоТ РСФСР 1922 г. устанавливал следующие положения: а) средства социального страхования формируются за счет взносов предприятий, учреждений и лиц, пользующихся наемным трудом; б) взносы выплачиваются без права обложения застрахованных и без вычетов из их заработной платы; в) неуплата страховых взносов ни в коем мере не лишает застрахованных права на получение всех видов страхования (Прокофьева 2012: 134). Среди видов социального обеспечения, предоставляемых гражданам в порядке государственного социального страхования, предусматривалось оказание лечебной помощи, выдачу пособий по временной нетрудоспособности, безработице и дополнительных пособий, а также выдачу пенсий по инвалидности, старости (Чернова 2011: 27) и по случаю потери кормильца.

Страховые взносы вносились предприятиями, учреждениями или лицами, пользующимися наемным трудом, без право обложения страхуемого и без вычета их из заработной платы (ст. 178 КЗоТ 1922 г.). Взимаемые страховыми кассами взносы на социальное страхование разделялись: на операционные фонды социального страхования и Всероссийский запасной фонд социального страхования. Операционные фонды, в зависимости от видов

выплат подразделялись на следующие четыре фонда: фонд страхования по временной нетрудоспособности и по дополнительным видам обеспечения (дополнительные пособия: на кормление ребенка, предметы ухода за новорожденным, на погребение) (фонд «А»), фонд страхования по инвалидности («Б»), фонд страхования по безработице («В») и фонд страхования по оказанию лечебной помощи («Г») (Обзор деятельности Воронежского ...1924: 104).

Взносы устанавливались отдельно по каждому виду страхования, причем размеры их определялись в зависимости от опасности и вредности производства. Согласно страховому тарифу размер страховых взносов был установлен в пределах от 16% (для наименее опасных и вредных предприятий) до 22% (для предприятий более опасных и вредных). В целях развития системы страхования, органам социального страхования совместно с органами охраны труда предоставлялось право, в зависимости от санитарно-гигиенических условий и охраны труда на предприятии, понижать или повышать размер страховых взносов по всем видам страхования до 25% причитающейся суммы (Чернова 2009: 153).

Таким образом, введение системы социального страхования обеспечило повышение жизненного уровня трудящихся, позволило эффективнее использовать средства для подъема производства и укрепления дисциплины труда. Своевременное введение социального страхования и сугубое внимание союзов к этому вопросу в значительной мере содействовали росту и укреплению организаций социального страхования в Курской и Воронежской губерниях.

Литература

1. Действующее законодательство о труде. Вып. II. Сб. декретов, постановлений и инструкций по вопросам найма, охраны труда, разрешения конфликтов и социального страхования, опубликованных по 1 июня 1923 г. – М., 1923.
2. Как советские законы охраняют труд и права рабочих (Популярное изложение законов о труде СССР и практики их применения) / Сборник под ред. Гиндина Я.И. и Е.Н. Даниловой. – М., 1926.
3. Киселев А.Я. Положение рабочих // Вопросы страхования. – 1922 г. – № 1. – С. 6-10.
4. Обзор деятельности Воронежского губернского отдела труда и губернского управления социального страхования за 1923 г. – Воронеж, 1924.
5. Прокофьева Е.Ю., Чернова О.А. Профессиональные союзы промышленных предприятий Центрального Черноземья: деятельность в советской системе трудовых отношений в 1920-е годы (по материалам Курской и Воронежской губерний): монография. – Белгород, 2012. URL: <http://elibrary.ru/item.asp?id=19993227> (дата обращения: 14.07.2017).
6. Чернова О.А. Роль профессиональных союзов в организации социального страхования рабочих на промышленных предприятиях Воронежской и Курской губерний в годы нэпа // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: История. Политология. 2009. Т. 15. № 12. С. 153-162.
7. Чернова О.А. Роль профессиональных союзов в улучшении социально-бытовых условий жизни рабочих промышленных предприятий Черноземья в годы нэпа // Научные ве-

домости Белгородского государственного университета. Серия: История. Политология. Экономика. Информатика. 2007. Т. 1. № 1. С. 87-92.

8. Чернова О.А., Коновалов Я.С., Ильницкий А.Н., Лебедев И.В. Исторические и медико-социальные аспекты пребывания пожилых людей в домах престарелых // Современные проблемы науки и образования. 2011. № 6. С. 27.

ЕВГЕНИЙ МЕШАЛКИН – ПИОНЕР КАРДИОХИРУРГИИ. ПЕРВАЯ УСПЕШНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ КАВАПУЛЬМОНАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА

И.Н. Котельников

Клиника Сан Донато, Милан, Италия

А.М. Караськов

*Новосибирский национальный медицинский исследовательский центр
им. Е.Н. Мешалкина*

EVGENY MESHALKIN – PIONER OF HEART SURGERY. THE FIRST CLINICAL SUCCESSFUL CAVAPULMONARY ANASTOMOSIS

I.N. Kotelnikov

San Donato Clinic, Milan, Italy

A.M. Karaskov

Novosibirsk federal biomedical research center

Аннотация: статья посвящена приоритету Евгения Николаевича Мешалкина, пионеру кардиохирургии, который впервые в мире успешно в клинике выполнил операцию кавапульмонального анастомоза у ребенка с врожденным пороком сердца и недостаточным кровотоком в легких, чем открыл новую эру в лечении этой категории больных.

Ключевые слова: кардиохирургия, кавапульмональный анастомоз, история сердечно-сосудистой хирургии.

Abstract: the article is devoted to priority of Evgeny Nikolaevich Meshalkin, pioneer heart surgeon, who accomplished the first successful cavapulmonary anastomosis for a child suffered from cyanotic congenital heart disease.

Key-words: cardiac surgery, cavapulmonary anastomosis, history of cardiovascular surgery.

В прошлом году отмечалось столетие со дня рождения Евгения Николаевича Мешалкина (1916-1997, *рис. 1*), пионера кардиохирургии, который впервые в мире 3 апреля 1956 года успешно выполнил операцию кавапульмонального анастомоза у ребенка с цианотическим врожденным пороком сердца. Тем самым была открыта новая эра в лечении сложной категории

пациентов. Это неоспоримое достижение русской кардиохирургии, к сожалению, недостаточно оценённое в мире. Так операция кавапульмонального анастомоза называется именем Вильяма Гленна, который выполнил ее впервые в США на 2 года позже Мешалкина. На международных кардиологических и кардиохирургических конгрессах крайне редко упоминается имя Мешалкина, несмотря на то, что имеются неоспоримые документальные подтверждения его приоритета.

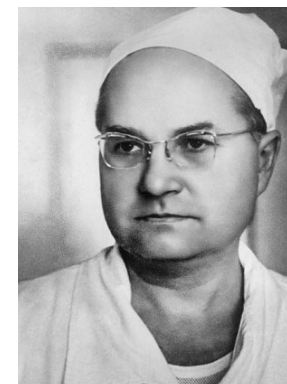


Рис. 1

Евгений Николаевич Мешалкин прожил долгую, очень интенсивную и нелегкую жизнь. Он родился за год до октябрьской революции в России. Его отец был репрессирован и погиб в 1931 году. Мешалкин окончил медицинский институт в Москве прямо перед началом Великой Отечественной войны и был призван в армию. Четыре года он служил военным хирургом на линии фронта (*Рис. 2*).



Рис. 2

После войны в 1946 году Мешалкин оставил военную службу и был принят в московскую клинику, которой руководил известный хирург Александр

Бакулев. Эта клиника позже стала институтом грудной хирургии, а теперь это главный Российский центр сердечно-сосудистой хирургии им. Бакулева. Евгений Николаевич сразу показал себя умным и креативным хирургом и ученым, много и плодотворно работающим. Одновременно с хирургической деятельностью он впервые в России внедрил в практику эндотрахеальный наркоз и диагностическое зондирование сердца и ангиокардиографию. Он давал наркоз пациенту во время первой в России операции на сердце, выполненной Александром Бакулевым 24 сентября 1948 года. В 1952 году Мешалкин стал заведующим отдела сердечно-сосудистой хирургии в клинике Бакулева, где постоянно выполнялись операции при врожденных и приобретенных пороках сердца, многие из них впервые в России.



Рис. 3

3 апреля 1956 года в Москве Мешалкин выполнил первую в мире успешную операцию кавапульмонального анастомоза ребенку 15 лет с цианотическим врожденным пороком сердца тетрадой Фалло. Всего с апреля по октябрь 1956 года Мешалкин этим методом прооперировал 24 ребенка с недостаточным кровотоком в легких (Рис. 3). У 23 пациентов была тетрада Фалло и у одного – атрезия правого желудочка. Трое больных умерли: двое из-за кровотечения и один из-за кровоизлияния в мозг. Результаты операции у остальных больных были хорошими: у всех пациентов исчез цианоз, одышка и остальные симптомы.

В конце 1956 года в шестом номере журнала Экспериментальная хирургия была опубликована статья Евгения Николаевича Мешалкина «Анастомоз верхней полой вены и легочной артерии у больных врожденными пороками сердца с недостаточностью тока крови в малом круге кровообращения» (Мешалкин 1956).

В ней он подробно изложил показания к выполнению кавапульмонального анастомоза, детально описал технику хирургического вмешательства

(Рис. 4) и результаты операций у 24 детей. Все анастомоза, за исключением одного, были выполнены по типу «конец в конец». Выполняя эти операции, для разделения верхней полой вены Мешалкин впервые в мире применил аппарат механического шва УКЛ, в разработке которого он участвовал.

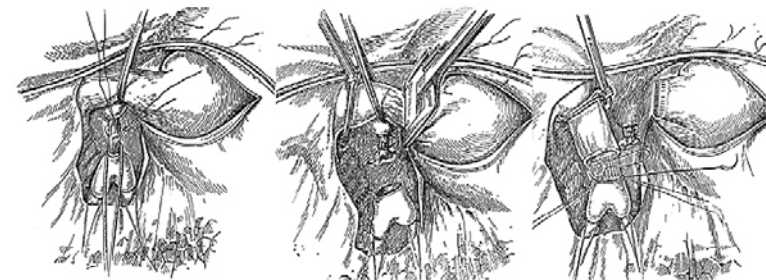


Рис. 4

Хорошая функция анастомоза была продемонстрирована на ангиографических снимках у первого пациента через месяц после операции.

Только через 2 года после Мешалкина Вильям Гленн в США выполнил свою первую операцию кавапульмонального анастомоза, которая впоследствии стала носить его имя (Glenn 1958).

Впервые кавапульмональные соединения были изучены в хирургических экспериментах на животных группой Карло Карлон в Италии в 1950 году (Carlon 1950). Этот приоритет признан во всем мире.

В начале 50-х годов подобные экспериментальные работы проводились независимо в нескольких центрах в США (Glenn 1954), (Robicsek 1956), во Франции (Santy 1959) и в России (Галанкин 1956).

До Мешалкина попытку выполнить кавапульмональный анастомоз у детей в клинике предпринимал в США Шумахер. К сожалению, неудачно: оба ребенка умерли (Shumacher 1955).

Тем авторитетнее документальные подтверждения приоритета Мешалкина, сделанные учеными из Америки, которые в пятидесятые годы разрабатывали в эксперименте и пробовали применять в клинике эту операцию.

Фрэнсис Робичек в своей статье «An epitaph for cavopulmonary anastomosis» написал, что пациент, которого Мешалкин прооперировал 3 апреля 1956 года, без сомнения, представляет собой первый успешный клинический случай кавапульмонального анастомоза, описанный в хирургической литературе (Robicsek 1982). Аналогичное признание приоритета Мешалкина имеется в книге Харриса Шумахера «The Evolution of Cardiac surgery», где он отмечает, что первым успешным кавапульмональным анастомозом, описанным в литературе, был тот самый Мешалкина 3 апреля 1956 года (Shumacker 1992: 81).

В настоящее время кавапульмональный анастомоз является первым этапом и частью хирургической коррекции Фонтана, которая применяется для лечения очень сложной и тяжелой группы больных с отсутствием или недоразвитием одного из желудочков сердца и сниженным кровотоком в легких. Существует множество проблем и нерешенных вопросов, относящихся к лечению этих пациентов. Ежегодно в мире проводятся многочисленные кардиологические и кардиохирургические конгрессы и симпозиумы по этой теме. К сожалению, когда говорят об истории коррекции Фонтана, незаслуженно редко упоминают о Мешалкине и его достижениях в выполнении первых успешных операций кавапульмонального анастомоза. Примером может быть главный мировой конгресс детской кардиологии и кардиохирургии, проходивший в Барселоне 17-22 июля 2017 года. В специальном докладе об истории коррекции Фонтана о Мешалкине не было упомянуто.

Неоспоримыми приоритетами России в истории сердечно-сосудистой хирургии являются два выдающихся достижения российских ученых, относящихся к коронарной хирургии и трансплантологии. Они связаны с именами Владимира Петровича Демикова и Василия Ивановича Колесова. Достижение Евгения Николаевича Мешалкина должно заслуженно занять место среди них и получить такое же мировое признание.

Литература

1. Мешалкин Е.Н. Анастомоз верхней полой вены и легочной артерии у больных врожденными пороками сердца с недостаточностью тока крови в малом круге кровообращения // Экспериментальная хирургия. 1956. № 6. С. 3-13.
2. Glenn WWL. Circulatory bypass of the right side of the heart. Shunt between the superior vena cava and distal right pulmonary artery: report of clinical application. N Engl J Med 1958. Vol.259.P.117.
3. Carlon CA., Mondini PG., de Marchi R. Su una nuova anastomosi vasale per la terapia chirurgica di alcuni vizi cardiovascolari // Ital Chir. 1950. №6. P. 760-765.
4. Glenn WWL., Patino JF. Circulatory bypass of the right heart. Preliminary observations on the direct delivery of vena caval blood into the pulmonary arterial circulation: azygos vein-pulmonary artery shunt // Yale J Biol Med. 1954. Vol. 24. P. 147-149.
5. Shumacker HB. Discussion of Hurwitt E, Young D, Escher D: Rationale of anastomosis of right auricular appendage to pulmonary artery in the treatment of tricuspid atresia // J Thorac Surg. 1955. Vol.30. P.503.
6. Robicsek F., Temesvari A., Kadar RL. A new method for the treatment of congenital heart disease associated with impaired pulmonary circulation // Acta Med Scand. 1956. Vol 154. P.151.
7. Santy P., Marion P., Bret J., Estanove S. Succes d'anastomose cavo-pulmonaire latero-terminale dans un cas d'atresie tricuspide // Lyon Chir. 1959. Vol.55. P.603-605.
8. Галанкин Н.К., Дарбинян Т.М. Анастомоз между верхней полой веной и правой легочной артерией // Экспериментальная хирургия. 1956. №3. С. 54-57.
9. Robicsek F. An epitaph for cavopulmonary anastomosis // The Annals of Thoracic Surgery. 1982. Vol. 34. № 2. P.208-220.
10. Shumacker HB. The evolution of cardiac surgery // Indiana University Press. Bloomington. Indianapolis. 1992. P.81

«ЗАКОНОПРОЕКТ ВЫЗВАЛ СИЛЬНЫЕ ВОЗРАЖЕНИЯ»: ПОЛИТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ЗАПРЕТА АБОРТОВ В СССР

С.А. Кусков

Объединённый государственный архив Челябинской области

«AGAINST THE DRAFT LAW THERE ARE OBJECTIONS»: POLITICAL ASPECT OF PROHIBITION OF ABORTION IN THE USSR

S.A. Kuskov

United State Archive of the Chelyabinsk Region

Аннотация: в статье приводятся новые данные об обстоятельствах запрета абортов в СССР в 1936 году. На материалах Челябинской области, а также союзных республик, показана недейственность законодательного запрета и рост числа криминальных абортов. Автор пришёл к выводу, что при проведении государственной политики игнорировались результаты народных обсуждений и мнения специалистов.

Abstract: This article provides new information on the prohibition of abortion on the territory of the USSR in 1936. On the example of the Chelyabinsk region, as well as on the materials of the national republics of the Soviet Union, the article shows how in Soviet society abortions were distributed in spite of their legislative prohibition. According to the author, the government's policy in the field of maternal health was ignored the opinions of people and specialists.

Ключевые слова: сталинизм, здравоохранение, рождаемость, криминальные аборты, народные мнения.

Key words: Stalinism, health care, birth rate, criminal abortions, popular opinions.

27 июня 1936 года в СССР был введён запрет на аборты, который действовал до 1955 года. Оценка последствий вытеснения абортов за пределы больничных учреждений уже дана исследователями, но схема: «число абортов выросло – поэтому в 1936 году их запретили; к 1955 году число абортов выросло – поэтому их вновь разрешили», ничего не объясняет, так как упускает политический аспект (Урланис 1974). Между тем было бы интересно знать, почему постановление от 27 июня 1936 года вообще было принято и затем столь долгое время оставалось в силе. Надеюсь, что представленные сведения хотя бы отчасти помогут прояснить этот вопрос.

Прежде всего, стоило бы уточнить понятия. Понятие аборт включает в себя не только искусственное прерывание беременности, но и самопроизвольные аборты. Юридический запрет и криминализация случаев самопроизвольных абортов была бы абсурдом как, например, законодательный

запрет простуды, или инсульта. По этой причине в уголовную и медицинскую практику понадобилось ввести термин «криминальный аборт». Таким образом, объектом запрета в постановлении от 27 июня 1936 года становятся искусственные внебольничные аборты. Согласно инструкции Наркомздрава СССР под криминальным абортom полагалось понимать «преднамеренное нарушение беременности при отсутствии надлежаще оформленного согласно инструкции Наркомздрава СССР разрешения на аборт, независимо от способа, посредством которого беременность была нарушена», в том числе самоаборт (ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 22. Д. 53. Л. 9).

Почему же в СССР 1930-х годов понадобилось запрещать аборты. В начале XX века во всех европейских государствах действовал жёсткий запрет на любые средства ограничения рождаемости. В России в семейно-брачные отношения регулировались церковью. Законный развод получить было практически невозможно. Тем не менее, вопреки запретам государственным и церковным аборты имели распространение среди населения (Мухина 2012). Несоответствие законодательной нормы реалиям семейно-брачных отношений стало особенно заметным в годы Первой мировой войны. Потому не случайно, что именно женщины – солдатки были наиболее революционным «классом» в 1916-1917 годах. Временное правительство было вынуждено хотя бы частично удовлетворить интересы солдаток. В 1917 году женщины получили избирательные права, частично признан гражданский брак. Однако аборты оставались под запретом. В условиях слабости власти в период гражданской войны это означало, что (пусть и с запредельным риском) любая решившаяся на аборт женщина могла его сделать. Поэтому разрешение абортов в медицинских учреждениях под врачебным контролем можно рассматривать в качестве отчаянного, но прагматического шага, направленного на сохранение репродуктивного здоровья населения. Легализация абортов позволила получить статистику распространённости этого явления (Шаповалова 2011). Аборты стали основным средством планирования семьи (Васеца 2015).

Общественная и демографическая обстановка переменилась в 1930-х годах. В этот период происходит сокращение числа рождений, приходящихся в среднем на одну женщину. Государство на это отвечает введением и увеличением платы за аборт. Эти меры не помогают, количество детей сокращается, как в городских, так и в сельских семьях (Баранов 2015). Демографическая ситуация середины 1930-х годов расшатывается ещё больше из-за голода 1932-1933 годов. В 1933 году в СССР впервые была зафиксирована естественная убыль населения. В результате голода преждевременно умерло до 1 млн. человек, не родилось от 1,5 до 2 млн. детей. Минимума число рождений достигло 1934 году, а восстановление рождаемости началось только в 1935 году (Голотик, Минаев 2013).

Следует также учесть, что к середине 1930-х годов достигло репродуктивного возраста менее многочисленное поколение, рождённое в период Первой мировой войны и революции. На фоне сокращения суммарного коэффициента рождаемости это должно было привести к усилению демографической волны. Сейчас мы имеем сомнительное счастье наблюдать негативный эффект демографической волны, раскачивающей образование и пенсионную систему. Социальная политика государства должна нивелировать и предупреждать возникновение демографических волн, в том числе стимулируя рождаемость.

Советское государство должно было как-то реагировать на сложившуюся ситуацию. Тем более что одним из параметров успехов социалистического строительства им самим декларировался естественный прирост населения, более значительный, чем в буржуазных государствах, охваченных мировым экономическим кризисом. В 1934 году в отчётном докладе на XVII съезде ВКП(б) И.В. Сталин в числе достижений пролетарского государства отметил рост численности населения по сравнению с 1930-м годом, а также увеличение числа рабочих и служащих (XVII съезд 1934). То есть задача увеличения рождаемости осознавалась политическим руководством СССР. На XVIII съезде ВКП(б), состоявшемся в марте 1939 года, Сталин уже не обращался к теме демографии. Но его секретарь и ближайшее доверенное лицо А.Н. Поскрёбышев в выступлении на съезде заявил: «Мы гордимся, что в нашей стране 170 млн. населения. Политика нашей партии, политика тов[арища] Сталина направлена к тому, чтобы в нашей стране население быстро возрастало (XVIII съезд 1939). Малочисленность упоминаний о демографической политике на XVIII съезде должны были свидетельствовать не о низком приоритете этой темы, а о том, что благодаря постановлению от 27 июня 1936 года проблемы поддержания высокого уровня рождаемости в стране и борьбы с абортами – уже решены.

Теоретически меры по стимулированию рождаемости могли быть самыми разными: предоставление и увеличение социальных пособий беременным женщинам, молодым матерям, многодетным семьям, жилищное строительство в городах, пропаганда многодетности в кино и в СМИ и др. Однако все они требовали времени и ресурсов, которые в тот период все были брошены на форсированное развитие промышленных предприятий и техническое перевооружение армии. Средств на масштабные социальные программы не оставалось. В этом контексте запрещение абортов, то есть лишение женщин варварского, но на тот момент основного доступного им средства планирования семьи, представляется жестокой, но логичной мерой.

В мае 1936 года был опубликован проект закона о запрете абортов, принятый 27 июня 1936 года. Он позиционировался властью как результат «многочисленных заявлений трудящихся женщин» (Скаевич 2017). Это не было

правдой. Все отзывы от граждан на законопроект, поступившие в советские газеты, были систематизированы работниками правительства РСФСР. В результате от имени наркомов РСФСР Н.В. Крыленко (юстиции) и Г.Н. Каминского (здравоохранение) была подготовлена справка на имя Сталина. Документ имел гриф «Совершенно секретно» (РГАСПИ. Ф. 82. Оп. 2. Д. 965. Л. 26-33). В нём наркомы констатировали: «Должны признать, что среди городского населения законопроект вызвал сильные возражения. Деревня в основном проект поддерживает». Из 3,3 тыс. писем трудящихся, проанализированных межведомственной группой, в 589 адресанты отстаивали неограниченную свободу аборт. Защитники сохранения права женщин на аборт отмечали, что деторождение – это право, а не принудительная обязанность, что многообразие мешает производственной работе, а многодетность немыслима в настоящих жилищных условиях. Апеллировали они и к идеологическим аргументам: ведь в социалистическом государстве смертность от абортов была на порядок ниже чем в европейских странах.

От непримиримых противников абортов было получено на 4 письма больше. Вероятно, это преимущество в 4 письма дало основание для внесения в текст постановления от 27 июня 1937 года преамбулы, что оно принято по просьбе трудящихся.

Почти $\frac{2}{3}$ всех отзывов (2109) составили письма, поддерживающие в целом запрет абортов, но при этом в них аргументировалось расширение показаний для легальных абортов. Малосознательное «болото» просило разрешить аборт семьям, испытывающим жилищную нужду, женщинам, которые учатся или работают или ведут общественную работу. Предлагали также аборт запретить, но только в деревне, а горожанкам наоборот – оставить это право. Высказывали предложения о резком увеличении социальных пособий многодетным семьям, разрешить держать им две коровы. Таким образом, руководство страны знало, что в советском обществе нет консенсуса по вопросу о запрете абортов, а постановление от 27 июня 1936 года принято волевым решением.

Задача по выявлению «преднамеренных нарушений беременности» была возложена на врачей, которые при подозрении обязаны были передать сведения в милицию и прокуратуру. Так решение комплексной нравственной, социальной, экономической, медицинской проблемы оказалось переложено на неготовые к тому здравоохранение и правоохранительные органы, а сама проблема абортов официально уже считалась решённой самим фактом принятия запретительного постановления от 27 июня 1936 года (Кусков 2015).

На первом этапе запрет абортов дал эффект. После закрытия легальных абортариев многие женщины, планировавшие сделать аборт, вынуждены были рожать детей. И в течение следующего года рождаемость в стране зна-

чительно выросла. Однако этот эффект сошёл на нет уже к 1939 году. Результаты выборочных обследований Наркомздрава СССР показали, что особенно часто решались на аборт жители рабочих посёлков и промышленных районов, выстроенных при крупных предприятиях, то есть социальная база пролетарского государства. Например, одной из таких зон бедствия оказался район Горьковского автозавода. Теперь одним из показателей эффективности медицинской службы того или иного города или области стал уровень абортов. Статистические данные получали на основании выявленных случаев абортов. Семьи, имевшие связи или какую-то власть, договаривались и фактически коррумпировали врачей, соглашавшихся делать подпольные аборт. Однако боролись в основном с «бабками», к помощи которых прибегал люд попроще.

В Челябинске, стремительно выросшем индустриальном центре РСФСР, уже в 1937 году было зафиксировано 2165 случаев абортов и их число из года в год нарастало. На каждый официально разрешённый (по медицинским показателям) аборт приходилось, по меньшей мере, 20 подпольных. В 1939 году в Челябинске 16,6% всех беременностей заканчивалось аборт (ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 1. Д. 29. Л. 44, 45, 46, 56, 123). Уже летом 1939 года в связи с неблагоприятной демографической ситуацией Челябинский горисполком провёл секретное совещание с участием сотрудников милиции и государственной безопасности. Основным источником проблем на нём (как и в московских кабинетах) были назначены зловерные старухи, делающие аборт беременным женщинам. Однако сотрудники спецслужб не могли или не желали активизировать борьбу с криминальными абортами (Кусков 2013).

В 1940 г., по данным Челябинского облздравотдела, в области было сделано 12,1 тысячи абортов. Из них только двадцатая часть (675) была сделана законно. По факту проведения нелегальных абортов органами внутренних дел было заведено 1652 уголовных дела. Сколько в итоге было доведено до суда – точно не известно. Но обычно этот показатель не превышал 0,5%. В 1940 г. на 12,1 тысячи абортов пришлось 75 тысяч принятых родов.

С началом Великой Отечественной войны ситуация с абортами только усугубилась. Например, в Челябинской области рождаемость резко сократилась, уменьшилось также и число выявленных абортов. Но их доля относительно числа рождений намного выросла. В 1942 г. детей родилось в два раза меньше, чем в 1940 г. (36 865 против 75 321); 15% абортов в 1942 г. было сделано по медицинским показаниям (в 1940 г. таковых было 5%, в 1941 г. – 10%, в 1943 г. – 20%). В последующие годы спад рождаемости нарастал еще больше. В 1943 г. родилось 11 тысяч детей, то есть в три раза меньше, чем в 1942 г., и почти в семь раз меньше, чем в 1940-м. За этот же период число выявленных абортов уменьшилось только в три раза. То есть во время Ве-

ликой Отечественной войны беременность заканчивалась абортom намного чаще. Эти явления также сопровождалось ростом младенческой смертности в начальный период Великой Отечественной войны. Проведение абортов в Челябинской области облегчалось тем, что почти половина беременных женщин не была «охвачена родовспоможением» (ОГАЧО. Ф. Р-1595. Оп. 1. Д. 83. Л. 21).

Отчасти исправить демографическую катастрофу, которую переживала страна в военные годы, должен был Указ Президиума Верховного Совета Союза Советских Социалистических Республик от 08.07.1944 «Об увеличении государственной помощи беременным женщинам, многодетным и одиноким матерям, усилении охраны материнства и детства, об установлении высшей степени отличия – звания «Мать-героиня» и учреждении ордена «Материнская слава» и медали «Медаль материнства» (Седова 2013). Расширение социальных гарантий беременным женщинам и многодетным матерям и другие меры усилили демографический эффект от послевоенного восстановления рождаемости, но не переломили тенденцию по увеличению абсолютных и относительных показателей криминальных абортов (Багманова 2008).

В августе 1945 года на совещании при Наркомздраве СССР заместитель наркома М.Д. Ковригина констатировала рост числа абортов из года в год. В 1944 году по её словам в стране на каждые 100 беременностей приходилось 30,5 абортов. Самым высоким этот показатель был в Москве – 73 аборта на 100 беременностей. В городах РСФСР этот показатель – 46, в Армянской ССР – 39, в Грузинской – 38, в Таджикской – 34, в Азербайджанской и Казахской – 16. То есть, проблема абортов затрагивала все республики Советского Союза, в том числе и традиционно мусульманские (ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 22. Д. 53. Л. 1).

Выступления других участников позволяет выявить некоторые важные особенности борьбы с абортами. Врачи открыто не протестовали против постановления от 27 июня 1936 года, но выступили с его завуалированной критикой. Ссылались на некоторые где-то подслушанные мнения: «Полезно ли превращать лечебницы, куда поступают неполные аборты, лихорадящие случаи в следственные учреждения; полезно ли превращать врачей консультаций и родовспомогательных учреждений в следователей. Это до известной степени отталкивает женщин, заставляет их до последней минуты оттягивать момент поступления в больницу» (ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 22. Д. 53. Л. 2).

В ответ на это председатель Центральной абортной комиссии А.Л. Эстрин рассказал, что он при всём желании не мог быть таким «следователем». Большого труда стоило ему добиться возбуждения дела об аборте у девушки, поступившей в закрытую поликлинику Наркомздрова СССР. Причём следователь (молодая женщина) активно защищала подследствен-

ную от «злого доктора». А.Л. Эстрин констатировал, что «вообще очень редко принимаются меры, да и то по настойчивому требованию врачей, и женщины это прекрасно знают и не так уж боятся идти в консультацию».

Врачи возмущались, что после того как они передавали материалы по фактам криминальных абортов в прокуратуру об их роли обвиняемые узнавали на следствии, критиковали практику устройства очных ставок между подследственной и лечащим врачом. Замечу, что из лечебных учреждений в милицию и прокуратуру передавалось 5-10% случаев внебольничных абортов.

Таким образом, летом 1945 года руководство Наркомздрова СССР ясно осознавало остроту проблемы, тем не менее, никаких дополнительных предложений выработать в существующей политической ситуации не могло. На следующем расширенном совещании по вопросу борьбы с абортами в сентябре 1945 года все критиковали сложившееся положение, но серьёзных предложений не выдвигали.

Но на этом совещании имели место два интересных момента. 1. Представитель НКВД в ответ на дежурные жалобы на равнодушие милиции и следователей к делам об абортах сообщил, что в период принятия постановления от 27 июня 1936 года их ведомство настраивали только на проведение нескольких показательных процессов, а каждодневную систематическую работу вести было некому и некогда.

2. В разгар совещания одна из выступающих предложила разрешить аборты женщинам, участвовавшим в Великой Отечественной войне, аргументировав это тем, что у них проблемы со здоровьем, например нарушения сердечнососудистой системы. Вслед за ней сразу же выступили Г.А. Митерёв и М.Д. Ковригина, которые не привели ни одного медицинского или практического довода против, но заявили, что это предложение вредное, так как мудрая партия в 1936 году приняла верное решение.

То есть аборты не отменялись по политическим мотивам, так как любое предложение по пересмотру постановления от 27 июня 1936 года должно было сползать в политическую дискуссию, поскольку закон был принят по воле И.В. Сталина. Принятие указа от 08.07.1944 законсервировало ситуацию, так как демографическая ситуация улучшилась. В этих условиях малейшее официальное смягчение запрета абортов ставило вопрос о компетентности и легитимности власти.

Платой общества за сохранение запрета на аборты без медицинских оснований стало всё большее распространение абортов, сделанных самостоятельно или лицами, не имевшими медицинской подготовки, зачастую негодными средствами и в антисанитарных условиях. В конце 1940-х годов внебольничные аборты в значительной мере парализовали работу гинекологической службы, вынужденной заниматься лечением осложнений. Так, например, в это время с перегрузом работало гинекологическое отделение Че-

лябинской городской клинической больницы. В 1949 и 1950 годах две трети всех пациенток попали в больницу в связи осложнениями при проведении внебольничных абортов (в 1949 г. 1726 из 2609; в 1950 г. 819 из 1277). Именно эта категория больных и создавала перегруз вышеупомянутой больницы. А после успешного лечения женщины решались на повторный аборт. Интенсивная и профессиональная работа врачей в сложившихся общественных условиях не могла сохранить здоровье женщин, решавшихся на многократные внебольничные аборты.

В 1936 году необходимость запрета абортов диктовалась сложной демографической ситуацией, чтобы в кратчайшие сроки стимулировать рождаемость. Руководство СССР приняло постановление от 27 июня 1936 года, не соотносясь с народными отзывами на этот законопроект, своей волей. Оправданная в краткосрочной перспективе мера, была легитимирована в качестве проявления государственной заботы о советских людях (эта забота может только нарастать и усиливаться), стала краеугольным камнем сталинской социальной политики. Когда недейственность запрета стала ясна руководству Наркомздрава СССР, он уже не мог быть отменён или даже смягчён без потери политического авторитета. Следует также отметить бросающуюся в глаза декларативность запретительных мер. Государство вывело за пределы правового поля врачей и женщин, решившихся на криминальный аборт, но при этом ограничилось избирательными репрессиями, что говорит о слабости «железного» сталинского порядка.

Литература

1. Багманова Э.З. Охрана материнства и детства в Татарской АССР во второй половине 1940-х – 1960-х гг. // Известия Алтайского государственного университета. 2008. № 4-3. С. 12-15. С. 13.
2. Баранов Е.Ю. Демографическая история СССР в 1930-е годы: исследовательские подходы и интерпретации // Сборник материалов VI Уральского демографического форума с международным участием «Демографические процессы на постсоветском пространстве». Екатеринбург, 2015. С. 37-42. С. 40.
3. Васеха М.В. Проблемы актуализации практик плодоизгнания в условиях демографической модернизации в 1920-х гг. (на материалах Западной Сибири) // Вестник Костромского государственного университета. 2015. Т. 21. № 2. С. 37-41. С. 37.
4. XVIII съезд Всесоюзной коммунистической партии большевиков. 10-22 марта 1939 г. Стенографический отчёт. М.: ОГИЗ, 1939. 742 с. С. 185.
5. Голотик С.В. Минаев В.В. Население и власть. Очерки демографической истории СССР 1930-х годов. М.: Изд-во Ипполитова, 2013. 321 с. С. 47, 48.
6. Кусков С.А. Военно-мобилизационная работа местных советов Челябинской области в 1928–1941 годах по документам, хранящимся в ОГАЧО // Материалы четвертой региональной музейной конференции «Гороховские чтения». Челябинск: Челябинский государственный краеведческий музей, 2013. С. 264-269. С. 267.
7. Кусков С.А. Криминальные аборты в Челябинской области в годы Великой Отечественной войны // Гороховские чтения: материалы шестой региональной музейной конфе-

ренции. Челябинск: Челябинский государственный краеведческий музей, 2015. С. 388-392. С. 390.

8. Мухина З.З. Плодоизгнание и контрацепция в традиционной крестьянской культуре Европейской России (вторая половина XIX – 30-е гг. XX в.) // Этнографическое обозрение. 2012. № 3. С. 147-160. С. 148, 149.
9. Седова Д.В. Об отдельных мерах государственной помощи беременным женщинам, многодетным и одиноким матерям согласно указу Президиума Верховного совета Союза Советских Социалистических республик от 8 июля 1944 г. // Поволжский педагогический поиск. 2013. № 3 (5). С. 62-64. С. 63.
10. XVII съезд Всесоюзной коммунистической партии большевиков. 26 января – 10 февраля 1934 г. Стенографический отчёт. М.: Политиздат, 1934. 716 с. С. 25.
11. Скаевич В.И. Что было после запрета аборта в 1936 году. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2005/0221/reprod01.php> (дата обращения: 17.07.2017).
12. Урланис Б.Ц. Проблемы динамики населения СССР. М.: Наука, 1974. 336 с. С. 291, 304.
13. Шаповалова Я.А. Государственная политика советского государства в отношении абортов в 1920–1930-е гг.: от разрешения к полному запрету // Общество: философия, история, культура. 2011. № 1-2. С. 96-99. С. 97.
14. ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 1. Д. 29. Л. 44, 45, 46, 56, 123.
15. ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 22. Д. 53. Л. 1, 2, 9.
16. ОГАЧО. Ф. Р-1595. Оп. 1. Д. 83. Л. 21.
17. ОГАЧО. Ф. Р-386. Оп. 1. Д. 12. Л. 6, 7
18. ОГАЧО. Ф. Р-386. Оп. 3. Д. 16. Л. 20.
19. РГАСПИ. Ф. 82. Оп. 2. Д. 965. Л. 26-33.

СТАНОВЛЕНИЕ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ АВИАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ

А.А. Меденков

*Научно-техническое общество Института авиационной и космической
медицины, Москва*

THE FORMATION OF DOMESTIC AVIATION MEDICINE

A. A. Medenkov

Scientific-technical society of the Institute of aviation and space medicine

Аннотация: в статье анализируются направления и содержание отечественных исследований в области авиационной психофизиологии. Приводятся публикации отечественных специалистов в области психофизиологической оптимизации отображения информации на авиационных приборах, определения профессионально важных качеств и свойств личности летчика, организации психологического отбора, обучения и подготовки летчика к различным видам полетов с учетом их индивидуальных особенностей. Показывается практическая направленность психофизиологических исследований и эффективность учета в авиации предложений и рекомендаций

этих исследований в интересах повышения боеспособности летного состава и повышения безопасности полетов.

Abstract: This article is devoted to analyze the direction and content of the domestic researches in the field of aviation psychophysiology. There are listed publications of domestic specialists in the field of psychophysiological optimization of display information on aviation products to determine professional important qualities and personality traits of the pilot, providing of psychological selection, preparation and training of the pilot to the various types of flights, taking into account their individual characteristics. The practical orientation of psychophysiological research and efficiency of aviation accounting proposals and recommendations of these studies in order to enhance the operational effectiveness of the air staff and enhance safety is demonstrated.

Ключевые слова: авиационная медицина, психофизиология, безопасность полетов, история.

Key words: aviation medicine, psychophysiology, flight safety, history.

В отечественной авиации многие аспекты авиационной медицины формировались во взаимосвязи с проблемами ее становления и развития. Эта особенность зарождения и становления отечественной авиационной медицины отчетливо прослеживается на примере первых исследований и разработок. Анализ причин аварий и летных происшествий, связанных с ошибочными несвоевременными действиями летчиков привел исследователей к выводу, что управление аэропланом предъявляет особые требования к их подготовке, психосоматическому состоянию и способностям. Совет Всероссийского аэроклуба в 1909 г. принимает решение о медицинском освидетельствовании учеников летчиков (учлетов) на предмет соответствия этим требованиям. В 1911 г. на заседании Всероссийского аэроклуба С. П. Мунтобосновал необходимость недопущения к полетам лиц с состоянием здоровья, личными качествами и недостаточными способностями, препятствующими обучению летному делу. Вскоре приказом военного ведомства от 11 октября 1911 г. № 481 была введена врачебно-летная экспертиза и определены болезни и недостатки, препятствующие службе офицеров, низших чинов и вольнонаемных механиков в воздухоплавательных частях на аэростатах и аэропланах.

Проблемы обеспечения безопасности полетов, поднятые в 1921 г. в докладе С. Е. Минцана IV Всероссийском съезде работников Воздушного Флота, стали основанием для решения о создании психофизиологической лаборатории при Московской авиационной школе. Системный и целенаправленный характер медико-психологические и психофизиологические исследования приобрели после создания в 1924 г. Центральной психофизиологической лаборатории ВВС.

Под руководством С.Е. Минца ее сотрудники разработали «Положение о Центральной комиссии психофизиологических исследований Красной Армии и Флота при ГВСУ», «Положение о Центральной психофизиологической лаборатории ВВС», «Положение о психофизиологической лаборатории учебных заведений ВВС» и «Положение об установлении переходящего приза им. Реввоенсовета Республики за лучшие результаты психофизиологической подготовки частей РККА и флота».

В 1924-1929 гг. психофизиологические лаборатории были созданы во всех военных округах и при всех летных школах. В 1925 г. утверждены Положение и штат психофизиологической лаборатории округа, фронта и армии. При такой масштабной работе по созданию лабораторий, безусловно, требовалось методологическое обеспечение исследований, согласование подходов, методов, показателей и критериев принятия экспертных решений, формирования и оценки получаемых при обучении навыков и умений. Особую сложность представляла оценка индивидуальных различий в выполнении тех или иных заданий летчиками с разными показателями успешности освоения летной профессии.

В связи с этим для повышения уровня методического обеспечения психофизиологических исследований при Военно-медицинской академии были организованы курсы методической подготовки специалистов для укомплектования психофизиологических лабораторий в армии и на флоте. Обращалось внимание на необходимость формирования у летчиков навыков «рассредоточения внимания», «раннего или позднего выравнивания» самолета, оценки психофизиологического состояния учлетов в связи с недосыпанием, утомлением, перегрузками и признаками «тормозимости». Анализировались причины отказа в работе мотора из-за неправильных действий учлетов, «тугого» усвоения ими летной программы и переоценки летных качеств. Ставились и обсуждались вопросы определения «пониженных» летных качеств и необходимости инструктирования перед полетами, установления продолжительности программ летной подготовки и разработки единых методов летного обучения, нормирования летной работы, подготовки инструкторов и целесообразности обучения у одного инструктора.

Материалы исследований психофизиологических лабораторий обобщались и докладывались вышестоящему командованию для принятия решений в интересах предупреждения летных происшествий. Результаты работы психофизиологических лабораторий и накопленный ими опыт методического обеспечения разработок создали возможности для проведения комплексных исследований. В 1928 г. были утверждены «Положение и штаты психофизиологических лабораторий ВСУ РККА по изучению летного труда». Новые возможности по проведению медико-психологических и психофизиологических исследований в авиации, появились в связи с созданием в 1930 г. На-

учно-исследовательского испытательного санитарного института (НИИСИ) РККА (Сергеев 1962). В его состав вошла на правах отдела, а затем сектора Центральная психофизиологическая лаборатория ВВС. Появились возможности комплексного изучения влияния различных факторов летной работы на работоспособность летчика, его функциональное и эмоциональное состояние, определения профессионально важные качества, подлежащих учету при отборе и подготовке летчика, оценке его готовности к полету и переносимости воздействий факторов летного работы (Платонов 1960).

На основе обобщения опыта отбора учетов и проведенных исследований стала возможна подготовка в 1933 г. «Руководства по медицинскому и психо-физиологическому отбору кандидатов, поступающих в школы ВВС, и по переосвидетельствованию лиц летно-подъемного состава». Предпринимались попытки унифицировать тестирование индивидуальных различий и определение кандидатов, более способных к обучению летному делу. Разрабатывались требования к органам зрения, слуха и функциональному состоянию летчика и его профессионально важным качествам. Предлагались тесты и методы, адекватные типовым действиям и умственным операциям летчика в полете.

Дальнейшее развитие медико-психологические исследования в авиации получили в связи с созданием в 1935 г. на базе IV сектора НИИСИ РККА Авиационного научно-исследовательского санитарного института (АНИСИ) Санитарного управления РККА. Согласно штату № 027/453 в АНИСИ РККА были следующие отделения: физиологическое (№ 1), отоларингологическое (№ 2), офтальмологическое (№ 3), психофизиологическое (№ 4); санитарно-гигиеническое (№ 5), реализации летного труда (№ 6), административно-хозяйственное и спецснабжения (№ 7), тренировочно-испытательное (№ 8) и летной экспертизы (№ 9).

Приказом от 21 января 1935 г. № 1 в должность временно исполняющего дела начальника АНИСИ вступил В. В. Стрельцов. Приказом Наркома обороны Союза ССР К. Е. Ворошилова от 3 февраля 1935 г. № 367 начальником АНИСИ назначается профессор кафедры общей и военной гигиены Военно-медицинской академии РККА Ф. Г. Кротков. Приказом наркома обороны Союза ССР от 10 февраля 1935 г. № 518 (подписал заместитель наркома обороны Я. Б. Гамарник) назначаются преподаватель Военно-медицинской академии РККА С. И. Прикладников и помощник начальника 4-го отделения Научно-исследовательского испытательного санитарного института РККА В. Г. Миролюбов – помощниками начальника 1-го отделения; помощник начальника 4 сектора НИИСИ РККА В. С. Андреев – помощником начальника 5 отделения; помощник начальника 1 сектора НИИСИ РККА С. С. Максименко – помощником начальника 5-го отделения; помощник начальника 4 сектора НИИСИ РККА И. Я. Борщевский – помощником начальника 5 от-

деления; преподаватель ВМА РККА А. Е. Бреус – помощником начальника 6 отделения.

На 10 февраля 1935 г. руководящий состав АНИСИ был сформирован в следующем составе: 1-е отделение: помощники начальника В. Г. Миролюбов, С. И. Прикладников, А. Н. Круглый, 3-е отделение: начальник Н. А. Вишневецкий, помощники начальника С. И. Субботник, А. П. Апполонов, И. К. Собенников и Х. Е. Гурвич, летчик-эксперт – Д. А. Кошиц; 5-е отделение: помощники начальника В. В. Андреев, И. Я. Борщевский; 6-отделение – помощник начальника отделения А. Е. Бреус; 7 – отделение: помощник начальника Ф. Д. Нуждин; финансовая часть – начальник В. С. Семперович.

По состоянию на 10 февраля 1935 г. вольнонаемный состав АНИСИ был сформирован в составе: секретарь-стенограф И. Н. Фомина, в 1-ом отделении работали старшие научные сотрудники А. Г. Пароренов и Г. В. Скрыпин, старший лаборант Н. В. Молчанова, лаборанты Н. А. Иванова и Н. Л. Виончек и лабораторный служащий М. В. Трифонова, во 2-ом отделении работали старший лаборант Г. М. Довгалевская, в 3-ом отделении – научный сотрудник Б. А. Цирлин, в 4-ом отделении – старший научный сотрудник Л. А. Соболева-Масленникова, научные сотрудники Э. Л. Лапан и Л. М. Розет, старший статистик Н. С. Селин, в 5-том отделении лаборантом – М. Д. Куликова, в 7-м отделении помощником начальника отделения – Г. И. Захаревич, машинистками – А. Д. Петренко и Т. М. Васильева-Трофимцева, вахтером – А. А. Сенкевич и уборщицей – А. Д. Писарева, в 6-м отделении чертежником – Н. П. Смутьская, в 9-ем отделении – младшим мотористом В. Н. Орлов.

Приказом Наркома обороны Союза ССР от 11 июня 1936 г. № 086 Авиационный научно-исследовательский санитарный институт РККА переименован в Институт авиационной медицины ВВС РККА имени академика И. П. Павлова с подчинением начальнику Воздушных сил РККА.

Приказом от 11 мая 1937 г. Институт авиационной медицины ВВС РККА им. академика И. П. Павлова переподчиняется Санитарному управлению Красной Армии и реорганизуется с усилением клинической направленности.

Структура Института авиационной медицины выглядела следующим образом: экспериментальные отделения: I отдел – физиологический; II отдел – гигиенический; III отдел – санитарного оснащения. Клинические отделения функционировали на базе 1-го Московского Коммунистического госпиталя: IV – глазной; V – отоларингологический; VI – психоневрологический; VII – терапевтический; VIII – экспертизы. Материально-техническим снабжением занимался отдел материально-технического обеспечения.

Приказом Наркома обороны СССР от 20 июля 1937 г. № 0763 начальником Института назначается военврач 2 ранга С. М. Резников. Комиссаром

Института 29 октября 1937 г. в соответствии с решением Военного Совета Московского военного округа от 27 октября 1938 г. становится М. П. Черных.

Приказом Начальника ВВС РККА от 2 февраля 1938 г. № 18 С. М. Резников отстраняется от должности начальника Института, к временному исполнению должности приступает помощник начальника института по научно-экспериментальной работе проф. Д. Е. Розенблюм.

С 1 января 1939 г. Институт перешел на новые штаты № 20/934 и в его составе были отделы экспериментальной группы: I – физиологический; II – гигиенический; III – испытаний кислородных приборов и стратосферных объектов; клинической группы: IV – терапевтической; V – психоневрологический; VI – глазной; психоневрологический; VII – отоларингологический; VIII – экспертизы ВВС; IX – учебный и отдел материально-технического обеспечения. Начальником Института авиационной медицины ВВС Красной Армии назначен военврач 2 ранга И. М. Прунтов.

В июле 1941 г. исполняющим дела Начальника института был назначен бригадир профессор Д. Е. Розенблюм. В должности начальника Института он был утвержден в мае 1942 г. Постановлением Правительства СССР в декабре 1942 г. клинические отделы Института были реорганизованы в Центральный авиационный госпиталь на 300 коек.

За время существования института его сотрудниками был заложен фундамент для развития отечественной авиационной медицины. При этом основными направлениями исследованиями являлись: разработка норм медицинского отбора в авиации; обоснование практических мероприятий по медицинскому обеспечению авиации и подготовка авиационных врачей и их обучение на курсах усовершенствования.

Институтом в плановом порядке через Народный комиссариат здравоохранения СССР в эту работу вовлекались гражданские научно-исследовательские учреждения, в том числе Всесоюзный институт экспериментальной медицины. Экспериментальными работами в Институте руководил проф. Д. Е. Розенблюм, клиническими работами – профессор Г. Г. Куликовский.

Институт прибегал к консультациям академиков Л. А. Орбели, М. О. Авербаха, заслуженных деятелей науки В. И. Воячека, М. О. Гуревича и проф. А. В. Лебединского.

Сотрудники института проводили исследования как непосредственно в частях, так и с использованием экспериментальной базы. Если в 1935 г. в институте эксплуатировались 2 барокамеры, то к концу 1939 г. уже было 4 барокамеры, термобарокамера, герметизированная кабина и сурдокамера. Все это позволяло изучать влияние различных факторов полета и стрессовых ситуаций на работоспособность, функциональное и эмоциональное состояние человека для взаимосвязанного обоснования рекомендаций по сохранению психофизиологической надежности летчика в полете (Платонов 1981).

Исследования в Институте были нацелены на повышение боеготовности авиации и боеспособности летного состава за счет психофизиологического отбора и медицинского освидетельствования летного состава, обоснования требований к их функциональной готовности и поддержания работоспособности во время полета (Васильев 1995). Повышенное внимание уделялось улучшению условий деятельности: оборудованию кабины, приборной доски, средств отображения полетной информации и сигнализации. Основой разработки рекомендаций в этом направлении явились результаты выявления связи летных происшествий с ошибками восприятия и пространственной ориентировки.

Изучалось влияние ускорений на организм летчика для последующего обоснования способов компенсации его действия и повышения устойчивости к ним (Д. Е. Розенблюм, Г. Г. Куликовский). Разрабатывались гигиенические нормы летного труда и средства жизнеобеспечения летчика в полете (В. А. Спасский, Н. Г. Гришанов). Проводилось обоснование рационов и системы питания летного состава в мирное и военное время (Г. А. Арутюнов) и использования витаминов, в том числе «С» для профилактики утомления и повышения устойчивости к кислородному голоданию (Д. Е. Розенблюм, Г. А. Арутюнов). Обосновывались гигиенические требования к предметам летного снаряжения: к одежде, очкам, противοшумам (П. Е. Калмыков, Н. А. Вишневский, Г. Г. Куликовский и др.). Разрабатывались общие санитарно-гигиенические требования к рабочему месту летчика (П. Е. Калмыков, В. А. Спасский). Определялись нормы освещенности для кабин самолетов и посадочных площадок (Н. А. Вишневский, Е. М. Белостоцкий). Изучалось психологическое и эмоциональное состояние парашютистов в процессе обучения и парашютной подготовки (Г. Г. Газенко, А. А. Дородницына, Л. М. Розет). Проводилось научно-экспериментальное обоснование методов, показателей и критериев медико-психологического (психофизиологического) отбора кандидатов в авиационные училища и переосвидетельствования летного состава (Г. Г. Куликовский, И. К. Собенников, В. Г. Миролюбов, Н. А. Вишневский). Разрабатывались мероприятия по обеспечению работоспособности летного состава, и изучалось влияния факторов и условий среды на организм человека (В. Г. Миролюбов, А. П. Аполлонов, Г. Г. Куликовский, Н. А. Вишневский и др.). Изучались психофизиологические механизмы адаптации организма к аэрогенной гипоксемии (В. Г. Миролюбов, Д. Е. Розенблюм, Г. Г. Газенко, В. Г. Скрыпин и др.). Разрабатывались методы профилактики гипоксии на высотах (А. П. Аполлонов, Д. Е. Розенблюм, Д. И. Иванов и др.). Оценивалось психофизиологическое состояние летчиков в полете и определялись ранние признаки его ухудшения от воздействия факторов полета (Д. Е. Розенблюм, Д. И. Иванов, А. П. Аполлонов). Обосновывался режим кислородного питания при выполнении высотных полетов, раз-

рабатывались требования к кислородным приборам и психофизиологической подготовке летчика к высотным полетам (А. П. Аполлонов). Определялись медицинские требования и рекомендации к герметизированным кабинам, нормы содержания CO_2 и O_2 , допустимое разрежение и допустимый перепад давления (Д. Е. Розенблюм, Д. И. Иванов, А. П. Аполлонов).

Много внимания уделялось выявлению признаков утомления и переутомления летного состава и обоснованию методов предупреждения снижения их работоспособности. Разрабатывались методология использования барокамер в интересах оценки функционального состояния, возможностей организма летчика и устойчивости к высотному фактору. Изучались особенности и условия восприятия летчиком полетной информации (Меденков 2017). Обосновывались требования к органам зрения курсантов при их отборе в летные училища и при освидетельствовании летного состава после заболеваний и возрастных изменений. Разрабатывались рекомендации по учету индивидуальных качеств курсантов. Определялись психофизиологические требования к летчикам бомбардировочной и истребительной авиации (Субботник 1939). Выявлялись факторы, влияющие на пространственную ориентировку летчика, особенно при полетах по приборам. Практическое значение для обеспечения безопасности посадки имели исследования восприятия летчиком сигнальных огней аэродрома. Определялись пороги их восприятия в условиях слабой освещенности, изучалось влияние разных уровней освещенности на определение летчиком высоты полета и удаленности, а также особенности восприятия огней при работе в проблесковом режиме (Куликовский 1939).

Из результатов исследований этого периода можно отметить разработку:

- методов оценки уровня подготовленности, квалификации и условий труда и отдыха инструкторского состава и обоснование предложений по их специализации по типам самолетов;
- методов предупреждения набора в летные школы лиц, «мало удовлетворяющих» психофизиологическим качествам летчика;
- методологии унификации методов, способов и методик летного обучения, формирования и оценки летных навыков;
- рекомендаций к освещению взлетно-посадочной полосы и требований к сигнальным огням аэродромов для улучшения точности оценки летчиком высоты над землей и расстояния до полосы;
- комплекса показателей и критериев выявления «малой успешности» учетов для их своевременного отчисления;
- методов отбора кандидатов в летные училища и психофизиологического обследования летно-технического состава;
- методов оценки и учета индивидуальных психофизиологических особенностей учетов и определение профессионально важных качеств летчиков бомбардировочной и истребительной авиации;

- рекомендаций по улучшения условий восприятия полетной информации с приборной доски при ее недостаточной освещенности, и требований к освещению кабины и авиаприборов при ночных полетах;
- методов анализа связи летных происшествий с ошибками восприятия и оценки воздушной обстановки и определение особенностей возрастных изменений в функциональном состоянии летного состава, их способностей к сохранению летных навыков и устойчивости к факторам полета;
- методов и способов выявления признаков и оценки утомления и переутомления летного состава и обоснования методов предупреждения снижения их работоспособности;
- методов оценки функционального состояния, возможностей организма летчика и устойчивости к факторам полета с использованием барокамер, сурдокамер и термобарокамер;
- учебных курсов и программ подготовки специалистов в области психофизиологии летного труда.

Результаты этих исследований имели практическую реализацию. Были разработаны и введены в действие в Военно-воздушных силах нормы кислородного питания летного состава на высотах от 4 до 10 км, обеспечивающие их жизнь и боевую работу во время высотных полетов. Медицинские рекомендации и требования вошли в действующее в тот период наставление по высотной подготовке ВВС. В частях была внедрена схема барокамерной тренировки летного состава, повышающая его выносливость на высоте. Создана новая кислородная маска и разработан облегченный кислородный шланг, принятые на снабжение ВВС. Создана жизненная аппаратура, обеспечивающая работоспособность при полетах в стратосфере (для герметизированных кабин самолетов, скафандров). Установлены границы переносимости организмом летчика перегрузок в скоростном полете и рекомендованы мероприятия по повышению выносливости к перегрузкам. Разработаны нормы освещения кабины и авиаприборов при ночных полетах. Разработано действующее расписание болезней по отбору кандидатов в летные училища и по переосвидетельствованию летно-технического состава ВВС. Установлены нормы питания летного состава на мирное и военное время. К началу войны на краткосрочных курсах Институтом подготовлено около 1000 авиационных врачей. Изданы 4 тома трудов и учебник «Основы авиационной медицины». В научных журналах напечатано было 200 статей (Зарковский 1992).

Сотрудники института активно участвовали в подготовке и осуществлении ряда рекордных авиационных полетов, занимаясь их санитарно-гигиеническим и социально-психологическим обеспечением. Своими исследованиями и разработками они внесли заметный вклад в установление рекордных результатов:

– полета В. П. Чкалова (командир экипажа) со вторым пилотом Г. Ф. Байдуковым и штурманом А. В. Беляковым 20 июля 1936 г. по «Сталинскому маршруту» из Москвы до острова Удд в Охотском море, продолжительностью 56 ч и протяженностью 9375 км;

– перелёта В. П. Чкалова через Северный полюс в США 18-20 июня 1937 г. на самолёте АНТ-25, продолжительностью 63 ч 16 мин и протяженностью 8504 км с посадкой в г. Ванкувер (штат Вашингтон, США);

– беспосадочного перелёта М. М. Громова (командир экипажа) со вторым пилотом А. Б. Юмашевым и штурманом С. А. Данилиным 12-14 июля 1937 г. на самолёте АНТ-25-1 по маршруту Москва – Северный полюс – Сан-Джасинто (штат Калифорния, США);

– беспосадочного полета В. К. Коккинаки со штурманом А. М. Бряндинским 27-28 июня 1938 г. на самолёте ЦКБ-30 «Москва» по маршруту Москва – Дальний Восток, протяжённостью 7 580 км;

– беспосадочного перелета В. К. Коккинаки со штурманом М. Х. Гордиенко 28-29 апреля 1939 г. на самолёте ЦКБ-30 «Москва» (по маршруту Москва – Новгород – Хельсинки – Тронхейм – Исландия – мыс Фарвель (южная оконечность Гренландии) – остров Мискоу, Северная Америка), протяжённостью 8000 км;

– беспосадочного перелёта В. С. Гризодубовой (командир экипажа) вместе с П. Д. Осипенко и М. М. Расковой 24-25 сентября 1938 г. на самолёте «Родина» (АНТ-37) из Москвы на Дальний Восток с установлением международного женского рекорда (6450 км за 26 ч 29 мин).

Во время Великой Отечественной войны работа в институте до его расформирования в июле 1943 г. характеризовалась следующими особенностями (Меденков 2013).

Ведущее место заняла врачебно-летная экспертиза. В начале войны был подготовлен и введен в действие приказ начальника Главного военно-санитарного управления Красной Армии, регулирующий возвращение летчиков в строй после ранений и медицинский отбор в авиашколы в военное время (И. К. Собенников). Издано руководство для врачебно-летных комиссий на военное время. Организованы и проинструктированы фронтовые военно-врачебные комиссии путем выездов в авиационные части Дальней авиации (И. К. Собенников, А. П. Попов). Подготовлены изменения хирургических статей в расписании болезней, утвержденного в 1943 г. В отделе врачебно-летной экспертизы были подготовлены заключения по результатам обследования свыше 2000 летчиков.

Сотрудники института участвовали в обеспечении эвакуации и лечения раненых и больных летчиков. В соответствии с директивой начальника Главного военно-санитарного управления Красной Армии они организовывали коллекторы для сбора раненых и больных лиц летного состава на

фронтах (авиационные отделения госпиталя фронтовой базы) и занимались созданием и обеспечением работы специализированного авиационного госпиталя на 300 коек. Санитарно-гигиеническая работа проводилась на полевых аэродромах Волховского, Северо-Западного, Южного, Юго-Западного фронтов и предусматривала оказание практической помощи авиационным врачам (В. А. Спасский, В. В. Левашов). Были также разработаны и введены пайки для парашютно-десантных частей. Сотрудники института занимались анализом безвозвратных и санитарных потерь среди летного состава и разработкой мероприятий по их снижению (В. А. Спасский, В. В. Левашов, Г. Р. Грайфер).

Разработаны и приняты на снабжение средств защиты летного состава: защитные каски для летчиков (В. А. Спасский, В. В. Левашов) и для лица от ожогов (В. А. Спасский). Обоснованы мероприятия по медицинскому обеспечению боевых действий авиации, рекомендовано кислородное питание после травм черепа (Д. И. Иванов), при ночных полетах и применение стимуляторов в авиации (А. Г. Кузнецов). Разработаны рекомендации по обеспечению безопасности полета на самолетах опытных конструкций (Д. Е. Розенблюм, Д. И. Иванов). Издан учебник «Авиационная медицина», разработан и внедрен медицинский паспорт летчика, проведено 6 сборов фронтовых авиационных врачей.

Обобщая направления и содержание исследований авиамедицинской направленности в период становления отечественной авиации, можно отметить следующее. Потребность в их проведении вызывалась необходимостью снижения аварийности в процессе и после обучения летному делу в результате ошибочных и несвоевременных действий учлетов и летчиков при пилотировании аэропланов. Решение этой задачи осуществлялось путем отбора лиц по их способностям к обучению летному делу, улучшения первоначальной летной подготовки, совершенствования оборудования кабин, повышения устойчивости организма летчика к факторам полета и сохранения необходимых навыков. Все это предполагало оценку способностей к обучению летному делу, определение профессионально важных качеств, подлежащих формированию и развитию, изучение особенностей летного труда для учета при разработке приборной доски, средств отображения полетной информации, системы управления полетом, технических средств обучения, методов и критериев оценки работоспособности и готовности к полету (Шалимов 2017).

В целом, авиамедицинские исследования на этапе становления отечественной авиации имели большое значение для повышения боеспособности летного состава, безопасности полетов и боеготовности авиации (Дворников 2017). Они способствовали обоснованию и учету методов, показателей и критериев оценки готовности летчика к полетам, рекомендаций и пред-

ложений по обеспечению информационной подготовки, пространственной ориентировки и принятия летчиком оперативных решений, в том числе в усложненных условиях полета, поддержанию его работоспособности и предупреждению несвоевременных и ошибочных действий в полете. Изучение влияния факторов, условий и особенностей летной деятельности проводилось для использования его результатов в интересах обеспечения выполнения полетных заданий, повышения работоспособности летчика и предупреждении его ошибочных действий. Результаты этих исследований оказались значимыми для разработки и развития методологии учета психофизиологических характеристик и возможностей летного состава при разработке и эксплуатации отечественной авиационной техники.

Литература

1. Васильев П. В., Меденков А. А., Рысакова С. Л., Денисова Т. В. Вклад ученых Института авиационной медицины в обеспечение боеспособности летного состава накануне Великой Отечественной войны / Тез. докл. 10-го Московского междунар. симпози. по истории авиации и космонавтики, г. Москва, 20-27 июня 1995 г. М.: ИИЕТ РАН, 1995. С. 32-33.
2. Вопросы медицинского обеспечения авиации / Отв. ред. Г. Г. Куликовский; Сб. науч. тр. Т. 1. М.: Воениздат, 1939. 224с.
3. Вопросы медицинского обеспечения авиации / Отв. ред. С. И. Субботник; Сб. науч. тр. Т. 2. М.: Воениздат, 1939. 176 с.
4. Дворников М. В., Меденков А. А., Нестерович Т. Б. Психофизиологические ресурсы и резервы повышения безопасности полетов // Воен.-мед. журн. 2017. № 3. С. 51-58.
5. Зараковский Г. М., Меденков А. А., Рысакова С. Л. Информационное обеспечение исследований и разработок в области психофизиологической оптимизации труда // Физиология человека. 1992. Т. 18, № 1. С. 24-32.
6. Меденков А. А. Психологические исследования в авиации накануне Великой Отечественной войны / Ананьевские чтения – 2016: Психология – вчера, сегодня, завтра; Материалы научной конференции, г. Санкт-Петербург, 25-27 окт. 2016 г. Т. 1. СПб: ИД «ФАРМиндекс», 2017. С. 27-28.
7. Меденков А. А., Милованова М. А. Исследования Института авиационной медицины накануне Великой Отечественной войны / К.Э. Циолковский и инновационное развитие космонавтики; Материалы XLVIII научных чтений памяти К. Э. Циолковского, г. Калуга, 17-19 сент., 2013 г. Калуга: Изд-во «Эйдос», 2013. С. 130-131.
8. Платонов К. К. Психология летного труда. М.: Воениздат, 1960. 352 с.
9. Платонов К. К., Боброва В. В., Серова Е. Я. К истории отечественной авиационной психологии: документы и материалы. М.: Изд-во «Наука», 1981. 320 с.
10. Сергеев А. А. Очерки по истории авиационной медицины. Л.: Изд-во АН СССР, 1962. 300 с.
11. Шалимов П. М., Меденков А. А., Дворников М. В. Становление системных психофизиологических исследований летного труда // Человеческий фактор: проблемы психологии и эргономики. 2017. № 1/1. С. 14-17.

ИСТОРИЧЕСКИЙ ОЧЕРК ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ В ПРИКАМЬЕ

Нечаев О.И.

Пермский национальный исследовательский политехнический университет

Палатова Л.Ф.

Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера

HISTORICAL SURGERY OF SURGICAL TREATMENT ULCER DISEASE IN THE PRIKAM'Е

Nechaev O.I.

Perm National Research Polytechnic University

Palatova L.F.

Perm State Medical University. acad. E.A. Wagner

Аннотация: В статье рассмотрена эволюция методов хирургического лечения язвенной болезни в Пермской области. Исследованы особенности и достижения пермской хирургии в контексте российской. Описаны исследования, касающиеся коморбидной патологии.

Ключевые слова. Язвенная болезнь, желудочное кровотечение, резекция желудка, ваготомия, волоконно-оптический датчик, коморбидная патология.

Abstract: The article considers the evolution of methods of surgical treatment of peptic ulcer in the Perm region. The features and achievements of the Permian surgeons in the context of the Russian are explored. Studies have been described concerning comorbid pathology.

Keywords: Peptic ulcer, gastric bleeding, resection of the stomach, vagotomy, fiber optic sensor, comorbid pathology

Оперативное лечение заболеваний органов пищеварения берет начало с конца 19 века, когда с появлением наркоза и асептики стала возможной интервенция в брюшную полость. К этому же времени относится и начало хирургического лечения язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК). Первую, описанную в литературе, резекцию выполнил в 1879 г. Жюль Эмиль Пеан в Париже. Образ хирурга сохранился в картине художника Андри де Тулуз-Лотрека «Операция Пеана».

До 1930-х гг. (Балалыкин 2005) наиболее частым вмешательством по поводу язвенной болезни был гастроэнтероанастомоз. С накоплением числа наблюдений за оперированными больными стало понятно, что анастомоз не ликвидирует причину заболевания, при этом язва остается на месте, и в желудке может малигнизироваться или осложниться стенозом его выходного отдела. Ведущие хирурги – С.И. Спасокукоцкий (Спасокукоцкий 1948),

С.С. Юдин, П.А. Герцен, были сторонниками резекции желудка, но убедить в ее целесообразности основную массу врачей им не удалось. Против были такие авторитеты, как С.П. Федоров, А.В. Мартынов, И.К. Спизарный, П.Д. Соловов. Кроме того, недостаточная отработанность операции, и вследствие этого довольно высокая летальность (от 7 до 10%), мешала ее внедрению в широкую практику.

Профессор С.Ю. Минкин вспоминал, как в 1937 г. на конкурсе в докторантуру Харьковского медицинского института реферат доктора М.М. Левина (автора монографии) на тему об осложнениях резекции желудка (Левин 1938) не был принят под тем предлогом, что эту операцию никто и никогда делать не будет. Только в 60-е годы монография Марка Мироновича «Повторные операции при заболеваниях оперированного желудка» стала настольной книгой практических хирургов (Левин 1961).

На юбилейном XXV Всесоюзном съезде хирургов, прошедшем в Москве в 1946 г., сторонники операции резекции желудка оказались в большинстве (Юдин 1965).

С момента создания в 1920 г. факультетской хирургической клиники Пермского государственного университета профессором Владимиром Николаевичем Деревенко, выходцем из Санкт-Петербургской Военно-Медицинской академии, в ней начали оперировать больных язвенной болезнью желудка и ДПК. В.Н. Деревенко, в соответствии со взглядами своего учителя, С.П. Федорова, считал оптимальной операцией наложения гастроэнтероанастомоза. В 1922 году ассистент клиники А. Ф. Славин на 15-м Съезде российских хирургов в Петрограде сделал доклад «О язве желудка и двенадцатиперстной кишки по данным факультетской хирургической клиники Пермского университета», где на большом материале обобщил результаты гастроэнтероанастомоза (Фенелонов 1963).

Значительное количество осложнений и рецидивы язвы, связанные с сохранением патогенетических факторов образования язвы после наложения гастроэнтероанастомоза, диктовали необходимость прибегнуть к более радикальному вмешательству. Расширение показаний к резекции желудка связаны в Перми с именем профессора Моисея Вольфовича Шаца.

Медицинское образование он получил в Берне и Берлине. После службы военным врачом с 1920 г. М.В. Шац работал в г. Лысьва. Именно ему выпала большая честь – быть представителем заводского здравоохранения металлургической промышленности, которого отраслевой совет профсоюзов страны ввел в состав делегации для стажировки в заводских больницах Германии и Швейцарии. С 1933 г. М.В. Шац заведовал госпитальной хирургической клиникой Пермского медицинского института. Под его руководством широко выполнялись резекции желудка с планомерным снижением числа послеоперационных осложнений (Лейбович, 2009). Методика операции со-

вершенствовалась, стала традиционной, и была внедрена в крупных больницах края: в Березниках, Кунгуре, Лысьве, Кизеле, Осе. Под руководством профессора Н.М. Степанова главным хирургом г. Березники А.П. Носковым в 1953 г. была подготовлена диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему: «Резекция желудка при язвенной болезни и злокачественных опухолях», в которой был обобщен собственный опыт автора операций по типу Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстера.

Не менее остро стояла проблема лечения осложнений язвенной болезни. Значительное количество исследований было посвящено оказанию помощи пациентам с язвенными кровотечениями. Н.С. Пределин, ученик профессора Н.М. Степанова, проанализировал результаты лечения больных в клинике общей хирургии Пермского медицинского института в кандидатской диссертации «Операция ушивания прободных язв желудка и ДПК и её отдаленные результаты», которая была защищена в 1954 г. Развитие анестезиологии и реанимации, внедрение эндоскопических методов в значительной мере изменило подходы к лечению этих больных. Опыт городской клинической больницы № 2 (база кафедры факультетской хирургии Пермского государственного медицинского института) послужил основой для диссертации на соискание степени кандидата медицинских наук «Комплексная диагностика и хирургическая тактика при гастродуоденальных кровотечениях», защищенной в 1982 г. Н.В. Вечеровской. В клинике хирургических болезней педфака под руководством профессора В.Н. Репина длительное время занимались этой проблемой и создали городской центр лечения гастродуоденальных кровотечений.

Лечению больных с осложнениями язвенной болезни ДПК, доставленных в Областную больницу из районов области, была посвящена диссертация Павла Серафимовича Рыжакова (1982).

В 1970 – 80-х гг. широкое распространение в лечении язвенной болезни приобрела селективная проксимальная ваготомия. Ей отдали дань многие крупные хирургические клиники страны. Привлекало то обстоятельство, что она считалась органосохраняющей операцией, несмотря на денервацию органа. Однако ее последствия – гастро- и дуоденостаз, стойкий спазм привратника, вызвавший необходимость обязательного дренирования желудка, частые рецидивы язв – делали эту манипуляцию недостаточно радикальной. Денервация желудка и ДПК сопровождалась расстройствами моторики и функции других органов – желчных путей, поджелудочной железы и кишечника. Теперь ваготомия применяется по весьма ограниченным показаниям, в частности, при ушивании прободных язв и перевязке кровоточащего сосуда в язве, когда невозможна радикальная операция, и остаются все патогенетические причины язвенной болезни. Этой проблеме посвящена монография

В.Н. Репина, М.В. Репина и А.В. Овечкина «Реконструктивно-восстановительные операции при язвенной болезни» (1998).

На кафедре госпитальной хирургии Пермской медицинской академии ваготомия не получила широкого применения. Это можно объяснить тем обстоятельством, что в областную больницу поступает контингент с запущенным процессом и тяжелыми нарушениями эвакуации, когда ваготомия не показана.

С ростом числа больных, перенесших вмешательства на желудке, накопился материал о болезнях оперированного желудка. На протяжении многих лет вопросами оптимизации хирургической тактики при этой патологии занимался профессор В.Н. Репин, защитивший в 1985 г. диссертацию на соискание ученой степени доктора медицинских наук «Оперативное лечение и профилактика постгастрорезекционных расстройств». Совместные работы В.Н. Репина с профессором, заведующим кафедрой физики А.И. Цаплиным позволили разработать эффективные методики послеоперационного ухода.

Ведение послеоперационных больных, сначала представленное только ограничением питания, в дальнейшем было превращено в комплекс мероприятий, направленных на скорейшее восстановление функций оперированного органа.

Электрическая стимуляция физиологических сокращений желудка вначале проводилась без контроля эффективности. С целью измерения показателей колебаний внутрижелудочного давления заведующий кафедрой физики Пермского Национального политехнического университета Алексей Иванович Цаплин и заведующий кафедрой хирургических болезней педиатрического факультета Пермского государственной медицинской академии Василий Николаевич Репин разработали волоконно-оптический датчик. Принцип действия датчика заключался в изменении светового потока, подаваемого на приемник, под влиянием давления, создаваемого измеряемой средой на упругую мембрану. Направленность на исследование в труднодоступном месте – полости желудка, потребовала от разработчиков вынести источник излучения и измерительный прибор за пределы датчика, что позволило уменьшить его размеры.

В 1956 г. R.M. Zollinger и E.N. Ellison описали патологию, обусловленную опухолью, состоящей из G-клеток и продуцирующей гастрин. Они обнаруживали ее в поджелудочной железе, ДПК, других органах брюшной полости. Непрерывное выделение гастрин провоцирует агрессивное течение язвенной болезни, осложнения ее и не поддается консервативному и оперативному лечению. Эта патология первое время сопровождалась неоднократными повторными операциями с высокой летальностью. Позже на основании анализа результатов хирургического лечения пришли к выводу, что на этом этапе единственным методом лечения может быть гастрэктомия. Это мнение преобладает до настоящего времени.

Органы пищеварения происходят из одного зачатка, они имеют общие кровоснабжение и нервную регуляцию, поэтому их заболевания почти всегда бывают сочетанными (Дудченко 2011). Это обстоятельство создает проблему в диагностике и лечении заболеваний пищеварительного тракта. Сочетанная патология других органов пищеварения усложняет диагностику и лечение язвенной болезни, что потребовало более углубленных исследований. Они были предприняты на кафедре госпитальной хирургии Пермской медицинской академии (Палатова 2008).

В 1990 г. в кандидатской диссертации А.В. Попова «Лечебная тактика при желчнокаменной болезни в сочетании с патологией желудка, двенадцатиперстной кишки и печени» было показано, что морфофункциональные нарушения гепатобилиарной системы играют значительную роль в патогенезе заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки при желчнокаменной болезни. Она сочетается с дуоденогастральным рефлюксом у 49% пациентов при сохраненной дренажной функции желчных путей и у 72% – с нарушением оттока желчи. Функционально-морфологические нарушения в двенадцатиперстной кишке при желчнокаменной болезни взаимосвязаны с патологическими изменениями в желчевыводящих путях. Течение хронических заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки сопряжено с активностью образования продуктов перекисного окисления липидов, что сочетается с дистрофическими процессами в гепатоцитах и фиброзом портальных трактов. Вовлечение желудка в патологический процесс при холелитиазе следует учесть в диагностике и лечении постхолецистэктомического синдрома, а при решении о симультанной операции руководствоваться приоритетностью патологического процесса.

В кандидатской диссертации М.В. Репина «Диагностика и хирургическое лечение хронической дуоденальной непроходимости» (1990) автор показал, что течение хронической дуоденальной непроходимости носит сочетанный характер. На основании результатов динамической гепатобилиосцинтиграфии он утверждает, что нарушения моторно-эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки существенно влияют на состояние печени и поджелудочной железы и предлагает подход к выбору операции с учетом стадии хронической дуоденальной непроходимости и заболеваний других органов.

В кандидатской диссертации Д.В. Шварева «Результаты хирургического лечения больных холелитиазом с сочетанной патологией печени, желудка, двенадцатиперстной кишки и поджелудочной железы» (2004), автор считает основной причиной нарушения микроциркуляции в печени при желчнокаменной болезни нарушение оттока желчи. По его мнению, сопутствующая патология способствует замедлению реакции воспринимающего русла. Для больных с сочетанной патологией он рекомендует комплексную раннюю реабилитацию и диспансерное наблюдение. Эти задачи были решены в

кандидатской диссертации Н.А. Семериковой «Результаты хирургического лечения калькулезного холецистита в зависимости от способа операции и комплексного лечения» 2012 г., которая изучила отдаленные результаты различных способов холецистэктомии и влияние реабилитации на курорте Усть-Качка.

Следует подчеркнуть, что резекция желудка, будучи достаточно радикальным методом лечения язвенной болезни, завоевала прочное место в тот период, когда врачи не имели достаточно эффективных лекарственных средств для ее лечения. Как только появились ингибиторы протонной помпы, бета-блокаторы и антихеликобактерная терапия, хирургическая активность значительно снизилась. Сменилась тактика лечения язвенных кровотечений. После их остановки эндоскопическим путем больных с успехом долечивают в гастроэнтерологическом отделении. Основным показанием для резекции служат анатомические нарушения в выходном отделе желудка.

По отношению к малигнизации язвы желудка все больше авторов утверждают, что это – не озлокачествление язвы, а первичный рак желудка. Здесь главное место отводится ранней диагностике опухолей.

Таким образом, лечение язвенной болезни становится прерогативой гастроэнтерологов, а хирургическое лечение ее осложнений ограничивается вмешательствами по поводу перфораций и нарушений эвакуации.

Литература

1. История развития хирургии желудка в России в XIX-XX вв. / Д.А. Балалыкин М.: Медицина, 2005: ППП Тип. Наука – 318 с.
2. Спасокукоцкий, С.И. Труды академика С.И. Спасокукоцкого [Текст] Т. 2, 1948 – 495 с. ил.
3. Заболевания желудка оперированного по поводу язвы [Текст] / М.М. Левин. – М.; Л.: Медгиз, 1938. – 244 с.
4. Повторные операции при заболеваниях оперированного желудка [Текст] / М.М. Левин; М-во здравоохранения УССР. – Харьков: Изд-во Харьк. ун-та, 1961. – 178 с.
5. Этюды желудочной хирургии // Юдин С.С. Москва, Медицина, 1965, 267 с.
6. Краткие исторические данные о клинике факультетской хирургии Пермского медицинского института // Фенелонов А.Л., Иванов И.А. / Труды научной историко-медицинской конференции Урало-Сибирских областей 1962 г. Вып. 2 Пермь, 1963 г. С. 121-127.
7. В городе М: очерки политической повседневности советской провинции в 40-50-х годах XX века / О.Л. Лейбович Пермь: Продюсерский центр «Июль-Медиа», 2009 – 437, [2] с.
8. Дудченко М.А. Особенности клинического течения и лечение больных сочетанной патологией пищеварительной системы // Дудченко М.А., Третьяк Н.Г., Сорокина С.И., Шевченко Т.И./ Мир медицины и биологии, вып. 3, т. 3. 2011, с. 1 – 6.
9. Патология печени при желчнокаменной болезни: [монография] / [Л. Ф. Палатова и др.]; под общ. ред. Л. Ф. Палатовой; Гос. образовательное учреждение высш. проф. образования «Пермская гос. мед. акад. им. акад. Е. А. Вагнера Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» Пермь: ГОУ ВПО ПГМА им. ак. Е. А. Вагнера Росздрава, 2008 – 148, [1] с.

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КУЙБЫШЕВСКОЙ ОБЛАСТИ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ (1946–1953 ГГ.)

В.В. Павлов, В.Ю. Кузьмин, Ю.С. Кузьмин, С.А. Суслин
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»
Минздрава РФ

KUIBYSHEV HEALTH FIELD AFTER THE GREAT PATRIOTIC WAR (IN 1946–1953 YEARS)

V.V. Pavlov, V.Yu. Kuzmin, Yu.S. Kuzmin, S.A. Suslin
Samara State Medical University

Аннотация: Под руководством областных и районных исполкомов и отделов здравоохранения Куйбышевской области различных уровней проводилось строительство больниц; осуществлялась профессиональная подготовка и организация деятельности медицинского персонала. К концу 40-х началу 50-х годов в здравоохранении Куйбышевской области произошли значительные положительные изменения: проводилось строительство больниц, осуществлялась профессиональная подготовка медицинского персонала. В то же время, нуждалась в расширении специализированная помощь многим категориям населения.

Abstract: Under the leadership of regional and district executive committees and the health departments of various levels Kuibyshev region conducted the construction of hospitals; It provides training and organization of the medical staff. By the end of the 40's early 50-ies in the field of public health Kuibyshev significant positive changes have taken place: the construction of hospitals conducted, carried out the training of medical personnel. At the same time, it needs to expand specialized care to many populations.

Ключевые слова: здравоохранение, Куйбышевская область, медицинская помощь, медицинские учреждения.

Key words: health, Kuibyshev Region, health care, medical facilities.

Первые годы после Великой Отечественной войны были особенно трудными для развития отечественного здравоохранения. Необходимо было организовать перестройку службы охраны здоровья населения с военного времени на мирный лад, для чего требовалось время, ресурсы, знания.

В работе использован проблемно-хронологический метод, позволяющий выявить основные тенденции, направления и результаты развития здравоохранения Куйбышевской области в период 1946 – 1953 годов. Использовались данные Центрального государственного архива Самарской области, материалы периодической печати 1940-50-х годов.

Руководство здравоохранения Куйбышевской области период 1946-1953 годов продолжало заниматься вопросом закрытия эвакуогоспиталей. В связи с окончанием Великой Отечественной войны их сеть в основном была свернута. С 1946 г. отдел эвакуогоспиталей стал именоваться отделом госпиталей, соответственно, изменились его задачи. Главными из них стали выявление и учет инвалидов Великой Отечественной войны, нуждающихся в восстановительном лечении, а также реорганизация эвакуогоспиталей для лечения инвалидов.

Отдел госпиталей также занимался решением ряда организационных вопросов: создавал врачебно-отборочные комиссии в городах и районах области и в самом Куйбышеве, проводил их инструктажи, оказывал практическую помощь путем направления бригад усиления (врач и сестра), популяризировал в печати и по радио мероприятия по лечению инвалидов Великой Отечественной войны [1].

В 1946 г. в Куйбышевской области функционировали шесть госпиталей, из которых два работали в прежнем (военном) эвакуационном режиме. К последним относились госпиталь № 1139 для лечения военнослужащих и № 3285 на станции Кабановка для оказания медицинской помощи военнопленным, а оставшиеся четыре госпиталя были реорганизованы для лечения инвалидов Великой Отечественной войны [2].

К 1949 г. остался работать лишь один госпиталь для инвалидов, который успешно действует и в настоящее время [3].

Восстановление медицины в сельской местности после окончания Великой Отечественной войны начиналось с подготовки кадров организаторов здравоохранения; совершенствования системы оказания специализированной помощи, увеличения численности коек, а также налаживания стабильного финансирования здравоохранения. Так, заведующий Куйбышевским отделом здравоохранения В.А. Касаткин считал, что органы здравоохранения должны возглавлять люди, имеющие высокие профессиональные качества и качества советского руководителя. Необходимо было повысить уровень медицинской помощи в сельских районах. Для более квалифицированного инспектирования и оказания конкретных и деловых консультаций врачам в городах введены должности главных хирургов, окулистов, акушеров, онкологов, венерологов и инфекционистов [4].

Заместитель руководителя облздравотдела в 1946 году А.М. Токарев был убежден в том, что для обеспечения жителей села специализированной помощью в Ставропольском, Похвистневском, Кинель-Черкасском, Сергиевском, Большечерниговском и Камышлинском районах было достаточно создания межрайонных центров со всеми видами лечебного обслуживания. Руководство облздрава считало, что в районных больницах должно быть не менее 40-50 коек. Это позволяло организовать специали-

зированные отделения. С 31 до 55 увеличивалось число здравпунктов на заводах.

Предусматривалось и дальнейшее развитие санаторно-курортного лечения. Ставропольская кумысолечебница начала работать круглый год. Численность коек в ней возросла до 500. На текущий ремонт врачебной сети израсходовано в 1946 г. 2,5 млн. руб., 400 тыс. руб. выделено на строительство двух больниц в Кутузовском и Подбельском районах [5].

В объяснительной записке заместителя заведующего Куйбышевским облздравотделом А.М. Токарева отмечалось, что важнейшей целевой установкой четвертого пятилетнего плана по здравоохранению являлось дальнейшее развитие и улучшение качества больничной помощи, расширение санитарно-профилактических мероприятий, обеспечивающих предупреждение и снижение заболеваемости, улучшение оказания медицинских услуг, увеличение сети детских яслей и дальнейшее развертывание ряда ныне отстававших специализированных видов помощи [6].

С 1949 по 1953 гг. в Куйбышевской области было построено 36 новых больниц. Для медицинских учреждений предоставили 29 специально выстроенных зданий. Вновь открыли 21 рентгеновский кабинет и 19 стоматологических, 50 диагностических и санитарно-эпидемиологических лабораторий. Для оказания неотложной помощи на дому лечебные заведения получили 70 новых автомобилей. В 1950 г. в области работало 1000 врачей, а в 1953 г. – 1300.

После сентябрьского Пленума ЦК КПСС 1953 г. началось дальнейшее проведение мероприятий по улучшению медицинского обслуживания работников машинно-тракторных станций (МТС). На работу в села Куйбышевской области дополнительно направлено 29 врачей и 38 фельдшеров.

Только в 1953 г. на охрану здоровья трудящихся израсходовано 126 млн. руб., что на 20 млн. больше, чем в предыдущем году.

В 1954 г. планировалось расширение городских больниц на 275 коек, а сельских – на 130 коек. Количество врачей должно было возрасти на 154 человека. В селах предполагалось открыть 40 новых фельдшерских пунктов [7].

В докладе заведующего Куйбышевским областным отделом здравоохранения Д.А. Воронова «О состоянии здравоохранения в области и мероприятия по улучшению медико-санитарного обслуживания населения», сделанном на активе медицинских работников области 31 октября 1952 г., приводились сведения, касающиеся именно коечного фонда. В частности, указывалось, что в городах необходимо иметь 1900 коек, а фактически их насчитывалось 1848. В сельской местности, соответственно, было 2340 и 2295 коек, в итоге в 1952 г. не было развернуто 100 коек. они использовались в городах на 95,2%, а в селах на 99,4% [8].

В начале 50-х гг. отмечался рост медицинских учреждений и коек в них.

Число больниц в Куйбышевской области в 1953 г. увеличилось с 152 до 184, в селах – со 106 до 131. Также за этот отрезок времени возросло количество городских стационарных коек с 6437 до 7290, то есть на 853 единицы, а по сельским больницам с 2727 до 2960, или на 233. Это относилось к городам Куйбышеву, Сызрани, Чапаевску, Кинелю, Новокуйбышевску, Похвистнево, районным центрам Тимашево и Безенчуку [9].

Органы власти принимали меры, направленные на обеспечение медицинских учреждений кадрами врачей, фельдшеров и акушерок.

В Куйбышевской области на 1 декабря 1946 г. было занято врачебных должностей на 89%: в городах на 92,9%, в селах на 83,1%, а по областным учреждениям на 94,1%. средний медицинский персонал был укомплектован на 86,3% [10].

Спустя 4-7 лет, несмотря на увеличение численности врачей, сохранялась текучесть кадров и нехватка среднего медицинского персонала. Если в 1950 г. в Куйбышевской области трудилось 996 врачей, то на 1 октября 1952 г. – 1257, то есть произошел рост кадров на 261 единицу. Среди них стаж свыше 10 лет имел 661 врач (52%). Отток специалистов высшей медицинской квалификации имел тенденцию к уменьшению (в 1949 г. выбыло 140 человек, в 1950 г. – 128, в 1951 г. – 149, в 1952 г. за первое полугодие 41 врач). Это обстоятельство можно объяснить улучшением материальных и жилищно-бытовых условий медицинских работников. Штатных должностей врачей к 1953 году в области было 1812,75 единиц, фактически занятыми оказалось 1658,75, то есть более 90%.

Правительство РСФСР и местные власти высоко оценивали труд медицинских работников. Только за 10 месяцев 1952 г. облздрав вынес благодарности 56 медикам. На 1 октября этого же года в Куйбышевской области трудилось 14 заслуженных врачей РСФСР, 120 медицинских работников, награжденных орденами и 480 – медалями и знаками «Отличник здравоохранения». Однако 20 врачей получили выговоры, стольким же было поставлено на вид, два человека сняты с работы. В 1953-1954 гг. было награждено 73 медицинских работника, а в 1955 – 298 [11, 12].

Таким образом, к концу 40-х началу 50-х годов в здравоохранении Куйбышевской области произошли значительные положительные изменения. Под руководством областных и районных исполкомов и здравотделов различных уровней проводилось строительство больниц, осуществлялась подготовка и организация служебной деятельности медицинского персонала. Нуждалась в расширении специализированная помощь многим категориям населения.

Литература

1. ЦГАСО. Ф. 4054. Оп. 5. Д. 25. Л. 1-68.
2. ЦГАСО. Ф. 4054. Оп. 5. Д. 234. Л. 1-4.
3. ЦГАСО. Ф. 4054. Оп. 5. Д. 55. Л. 1-21.
4. Касаткин В.А. Неотложные задачи здравоохранения // Волжская коммуна. – 1945. – 27 октября.
5. Токарев А.М. К дальнейшему подъему народного здравоохранения // Волжская коммуна. – 1946. – 6 июля.
6. ЦГАСО. Ф. 4054. Оп. 2. Д. 199. Л. 1.
7. Петрухин С. Куйбышевская область за четыре года // Волжская коммуна. – 1954. – 5 февраля.
8. ЦГАСО. Ф. 4054. Оп. 3. Д. 15. Л. 5-6.
9. ЦГАСО. Ф. 4054. Оп. 8. Д. 5. Л. 1-4.
10. ЦГАСО. Ф. 4054. Оп. 2. Д. 132. Л. 11.
11. ЦГАСО. Ф. 4054. Оп. 2. Д. 15. Л. 74-77, 80-81.
12. ЦГАСО. Ф. 4054. Оп. 8. Д. 5. Л. 4-7.

МОСКОВСКАЯ СТАНЦИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: ОТ ИСТОКОВ К СОВРЕМЕННОСТИ

Н.Ф. Плавунов, В.А. Кадышев

*Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова*

А.В. Колдин, Л.Ф. Верхотурова, А.Н. Рожнецкий

*Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова г.
Москва*

THE MOSCOW AMBULANCE STATION: FROM ORIGIN TO MODERN TIMES

N.F. Plavunov, V.A. Kadyshchev

A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry

A.V. Koldin, L.F. Verkhoturova, A.N. Rozhenetskij

First aid station named after A.S. Puchkov, Moscow

Аннотация: Настоящая статья приурочена к 130-летию со дня рождения Александра Сергеевича Пучкова, доктора медицинских наук, заслуженного врача РСФСР, бессменного руководителя Московской станции скорой медицинской помощи с 1923 по 1952 г.г. и выходу его сборника научных трудов. Данные, приведенные в статьях А.С. Пучкова, послужили основой для сопоставления показателей о деятельности Станции периода начала ее формирования и современной службы скорой и неотложной медицинской помощи города Москвы. основополагающие принципы, заложенные А.С. Пучковым, сохраняются в работе скорой помощи и в настоящее время. Врачи и фельдшеры выездных бригад скорой и неотложной медицинской

помощи продолжают оперативно оказывать медицинскую помощь всем нуждающимся в ней, руководствуясь многими положениями, которые разрабатывались и внедрялись более 90 лет назад.

Ключевые слова: скорая медицинская помощь в Москве, А.С.Пучков, история медицины.

Abstract: This article is devoted to 130th anniversary and publication of academic writings of Alexander Puchkov – Doctor of Med. Sci., Honored Doctor of Russian Soviet Federative Socialist Republic. He was permanent leader of Moscow Ambulance Station from 1923 to 1952. Data presented in Puchkov's articles were used to compare performance of work of Moscow ambulance in its formative period and our days. Fundamental principles laid down by A. Puchkov last in many cases in work of Moscow Ambulance in our days. Ambulance doctors continue to provide medical assistance promptly in the framework spelt out more than 90 years ago.

Key words: emergency medical services Moscow, A.S. Puchkov, history of medicine.

10 (23) августа 2017 года исполняется 130 лет со дня рождения выдающегося организатора советского здравоохранения, доктора медицинских наук, заслуженного врача РСФСР Александра Сергеевича Пучкова.

А.С. Пучков родился в Москве, закончил медицинский факультет Московского университета с отличием, потомственный врач, основным девизом жизни которого был: «Спешите делать добро!».

В 1921 г. в Москве разразилась сильнейшая эпидемия сыпного тифа, которая приняла такие угрожающие размеры, что В.И. Ленин писал: «Или социализм победит вошь, или вошь победит социализм!». Создать и возглавить отряды по борьбе с эпидемией поручено А.С. Пучкову. Срочно создаются санитарные автомобильные отряды, откомандированные с фронта. А.С. Пучков также создает совершенно новый тип лечебно-эвакуационной службы – отдел перевозки больных, затем организует Центропункт, выславший санитарный транспорт с врачом к особо тяжелым больным. «Это было лучшее время своей молодости, когда каждый день был радостью созидания» отмечает А.С. Пучков в своей диссертации.

С января 1923 г. Центропункт и Скорая помощь объединены в одно учреждение – Московскую станцию скорой медицинской помощи, руководителем которой был назначен А.С. Пучков.

Основная деятельность А.С. Пучкова связана с возрождением Московской Станции скорой помощи, которой он руководил с 1923 по 1952 гг.

Станция скорой и неотложной медицинской помощи города Москвы является крупнейшим учреждением системы здравоохранения не только в России, но и в Европе и заслуженно с 1995 г. носит имя А.С. Пучкова.

А.С. Пучковым были разработаны основные принципы организации скорой медицинской помощи, которые были внедрены не только в Москве, но и в ряде других городов страны, а также за рубежом.

Огромную и неоценимую работу А.С. Пучков с коллегами проводил по оказанию экстренной помощи внезапно заболевшим пациентам. Благодаря чему, в 1926 г. была организована служба неотложной медицинской помощи для внезапно заболевших пациентов на дому, аналогов которой на тот период в мире не было, а в 1927 г. – неотложная психиатрическая помощь, послужившая началом создания в будущем других специализированных бригад скорой помощи (реанимационных, кардиологических, педиатрических и др.).

В своей многогранной деятельности А.С. Пучков уделял большое внимание вопросам ранней диагностики и лечения неотложных состояний и совместно с клиницистами разработал для них подробные инструкции. А.С.Пучков акцентировал необходимость внимательного и неспешного отношения к больным: «Спешите везде, только не у постели больного». Почти во всех его статьях подчеркивается необходимость заботы о сотрудниках «скорой», потому что работа их тяжела и ответственна (Плаунов 2016).

В послевоенные годы, при непосредственном участии А.С. Пучкова, был разработан новый тип санитарного автомобиля, обладающий хорошей амортизационной системой для комфортной транспортировки пациентов.

Московская Станция скорой помощи была основана в 1919 году. При организации Станции в определенной мере использовался опыт созданных ранее Одесской, Киевской и Ленинградской станций скорой помощи, а также заграничных учреждений аналогичного типа. И все же основные идеи работы зарождались на Московской Станции скорой помощи в ходе совместной практической деятельности всего коллектива и в конкретных условиях столицы. «Вся эта большая работа произведена коллективно. Все сотрудники, начиная со старших врачей, и кончая сторожами гаража, внесли много творческой инициативы в организацию этого нового для Москвы дела» – пишет А.С. Пучков (Плаунов 2016).

С 1919 по 1921 гг. никаких записей о работе Станции не сохранилось. В 1922 г. регистрация вызовов велась без определенной системы и только в 1923 г. с назначением на должность главного врача А.С. Пучкова им была разработана документация для осуществления деятельности Московской Станции скорой помощи. Введена специальная книга учета, в которую заносились определенные сведения о регистрации вызовов, листы учета работы санитарных машин и другая необходимая учетная документация. На основании этих записей проводился анализ оперативной обстановки, что в свою очередь позволяло в дальнейшем планировать развитие службы скорой помощи.

Особое значение имело введение сопроводительного листа, возвращаемого обратно из стационара и служащего для контроля за правильностью установления диагноза врачами скорой помощи. Сейчас этим документом пользуются все станции скорой помощи. Несколько лет спустя после его введения во всей внебольничной сети начали применять так называемые «обменные карты», созданные по типу образца сопроводительного листа А.С. Пучкова. Он также разработал систему контроля за состоянием коечного фонда города.

В 1924 г. А.С. Пучков ввел принципиально новую должность – старший дежурный врач станции и разработал статус этой должности. Проведение этого важного мероприятия вначале натолкнулось на непонимание и сопротивление врачебного состава. Однако жизнь доказала необходимость и значимость должности опытного специалиста, который являлся главным организатором и координатором работы станции в период своего дежурства.

При непосредственном участии А.С. Пучкова были сконструированы беззвучные телефонные пульта оперативного отдела Станции, а также контрольный аппарат, фиксирующий число разговоров, скорость ответа и сам ответ оперативных работников гражданам, обращающимся по телефону «03». Кроме того, по его инициативе был налажен контроль скорости выезда бригады при помощи специально сконструированных часов, начинавших идти при получении вызова и сигнализирующих об отбытии бригады на вызов.

В 1938 году на Станции было организовано ночное дежурство (с 20.00 до 08.00 часов) опытных педиатров-консультантов для консультации врачей неотложной помощи на дому. Педиатр либо консультировал врача по телефону, либо выезжал на консультацию к больному. С конца 1939 года Мосгорздравотдел передал Станции скорой помощи перевозки всех больных с «острым животом».

По настоянию А.С. Пучкова была организована сеть подстанций скорой помощи, чтобы быстрее добираться до окраин города.

В целях совершенствования контроля работы выездного персонала по инициативе А.С. Пучкова стали посылать открытки с оплаченным ответом, в которых просили сообщить свое впечатление о работе персонала. На посланные открытки приходило огромное количество ответов. Это мероприятие резко улучшило работу Московской скорой помощи и поднимало настроение работников, особенно врачей.

«Нам вверено самое дорогое, что есть – это жизнь человека и притом в самые тяжелые моменты ее, в моменты, когда нередко последняя грань отделяет ее от смерти. Тут каждый работник скорой помощи должен работать, как хорошо слаженный часовой механизм. «Мы так должны работать, и я уверен, что мы так будем работать» – говорил Александр Сергеевич Пучков (Плавунин 2016).

Формы организации в частности скорой помощи в Москве получили в 30-х годах высокую оценку зарубежных ученых, посетивших институт им. Н.В. Склифосовского. В частности парижский хирург профессор Фор писал: «Я видел многое, но больше всего поразила меня организация скорой медицинской помощи в Москве... В Париже такой организации еще нет. Лучшей организации, чем здесь, не придумать».

Итогом большой организаторской работы А.С. Пучкова явилась подготовка и утверждение Наркомздравом РСФСР регламента оказания первой медицинской помощи при неотложных состояниях, выпущенного 05.12.1927 г. и в последующем изданным с дополнениями 22.06.1938 г., 09.06.1941 г., 15.12.1944 г.

Одним из первых в стране А.С. Пучковым обоснована необходимость профилактического направления деятельности Станции скорой помощи в устранении причин несчастных случаев, аварий, дорожно-транспортных происшествий и катастроф, а также предупреждению бытового травматизма.

Яркая общественная направленность – основная отличительная черта всей деятельности А.С. Пучкова. Многие предложения руководства Станции в то время были эффективно реализованы службами городского хозяйства: сняты подножки с левой стороны трамвайных вагонов, задние бамперы с троллейбусов, запрещены звуковые сигналы транспорта, снижающие внимание пешеходов и его движение с ослепляющими фарами, заасфальтированы центральные улицы, установлены решетки на околооконных люках подвальных помещений, предотвративших падение людей, при входе и выходе с эскалатора метрополитена появилось никелированное устройство, введена продажа бытовых ядов в специальной посуде с яркой наклейкой «Яд», изменена форма выпуска стеклянной тары для хранения уксусной эссенции только в треугольном флаконе др. Можно привести еще много примеров усовершенствований и рациональных предложений, устройств, гуманнейших идей, предложенных и внедренных в жизнь А.С. Пучковым. Поэтому неслучайно он был «одним из самых знаменитых врачей в Москве».

Учитывая значимость службы и необходимость обмена накопленным опытом, А.С. Пучковым издается ряд статей на страницах научных медицинских журналов по актуальным проблемам организации скорой и неотложной медицинской помощи. По его инициативе организуются всесоюзные совещания и конференции, направленные на развитие и улучшение работы Станций скорой помощи СССР, созывавшиеся Наркомздравом:

– 1-ое Всероссийское совещание представителей скорой помощи союзных республик, г. Москва, март 1935 г;

– «1-я Всесоюзная конференция по организации и подаче скорой медицинской помощи» г. Ленинград, декабрь 1937 г;

– Всесоюзное совещание по вопросам организации и оказания скорой медицинской помощи, г. Киев, июнь 1940 г.

Значительная часть выводов, сделанных в этих докладах, легла в основу изданных инструкций Наркомздрава СССР по организационной и медицинской работе скорой помощи.

Свой богатый опыт по организации экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе А.С. Пучков обобщил в кандидатскую диссертацию на тему: «Организация Московской Станции скорой помощи» и 17 мая 1946 г. в Центральном институте усовершенствования врачей в процессе успешной защиты, по предложению академика Н.Н. Бурденко, Высшая аттестационная комиссия утвердила ее, как докторскую. В диссертации обобщен 25-летний опыт работы с момента организации Станции. 15 марта 1947 г. ему присвоена ученая степень доктора медицинских наук. На основе диссертации в 1947 г. «Медгизом» была выпущена монография А.С. Пучкова «Организация скорой медицинской помощи в Москве» (в 1959 г. вышло 2-е издание книги).

Данные, приведенные в работах А.С. Пучкова, послужили основой для сопоставления показателей о деятельности Станции в период начала ее формирования и современной Станции.

Представляем некоторые характеристики оказания скорой и неотложной медицинской помощи в городе Москве в 1926 и 2016 г.

Численность населения Москвы в 1926 г. составляла 2080,0 тыс. человек или 16,2% от численности населения в 2016 г. (в 2016 г. 12415,4 тыс. чел.). Численность населения Москвы выросла в 6 раз, а его плотность увеличилась в 2,4 раза.

Количество подстанций скорой помощи постоянно возрастает: в 1926 г. была – одна подстанция, в 2016 г. – пятьдесят семь.

Штатная численность медицинского персонала Станции увеличилась со 105,0 ставок в 1926 г. до 12453,0 ставок – в 2016 г.

Штат бригад увеличился в 67,9 раз (с 15 бригад в 1926 г. до 1018 бригад в 2016 г.), в том числе бригад с врачом в 86 раз (с 6 бригад до 512 бригад), бригад без врача в 56,2 раза (с 9 бригад до 506 бригад).

В 1926 г. санитарный автотранспорт Станции предоставлялся хозрасчетным предприятием, которое находилось в ведении отдела «Управления Подсобными предприятиями» Мосздравотдела. Штат автотранспорта состоял из 12 автомобилей и 3 мотоциклов.

В настоящее время автотранспорт предоставляется ГУП «Мосавтосантранс» и штат санитарного автотранспорта с учетом резерва состоит из 1326 санитарных автомобилей, в том числе: санитарных автомобилей класса А – 96, класса В – 169, класса С – 61 (из них 3 автомобиля для новорожденных и 38 – повышенной проходимости).

В 1926 г. имелись отдельные бригады по перевозке пациентов. Число вызовов не учитывалось в общем числе вызовов, выполненных Станцией, показатель количества обращений (звонков) на Станцию в 2016 году (на 1000 населения) по сравнению с 1926 годом вырос в 25,4 раза, количество вызовов в 17,8 раз, а количество медицинских эвакуаций по экстренным показаниям увеличилось в 8,1 раза.

Необходимо также отметить значительное увеличение количества вызовов бригад скорой медицинской помощи (СМП) к детям до 15 лет. Так, количество обращений за скорой медицинской помощью по поводу заболеваний детей составило по отчетным журналам в 1926 г. – 688, а в 2016 г. – 535797.

В 1926 г. бригады скорой медицинской помощи в основном выезжали на вызовы, связанные с различными происшествиями. Так, доля вызовов к пациентам с травмами и отравлениями, которым была оказана медицинская помощь составляла 77,3%, а с заболеваниями – 22,7%.

Бригадами скорой медицинской помощи за 2016 г. на улице и общественные места выполнено 402164 вызова, в том числе – 121765 вызовов на травмы и отравления и 280399 вызовов по поводу различных заболеваний и состояний, что соответственно составило 30,3% и 69,7%.

С февраля 1926 г. в ночное время (с 20:00 до 08:00 часов), когда обычная помощь на дому уже не функционирует, на Станции начал работать пункт помощи на дому. В 1926 г. врачами пункта оказана медицинская помощь 5177 пациентам, в том числе – 673 пациентам с повреждениями и отравлениями и 4504 пациентам заболеваниями. Доля вызовов бригад пункта помощи на дому к пациентам с травмами и отравлениями составила – 12,8%, а к пациентам с различными заболеваниями – 87,2%. Медицинская эвакуация потребовалась 619 (12,8%) пациентам.

В 2016 г. на квартирах в промежутки времени с 20:00 до 08:00 бригадами СМП оказана медицинская помощь 1276 137 пациентам, из них – 76333 пациентам с повреждениями, 4164 – с отравлениями и 1195640 – с различными заболеваниями. Доля пациентов с травмами и отравлениями составила – 6,3%, а пациентов с заболеваниями – 93,7%. Медицинская эвакуация потребовалась 281663 (22,1%) пациентам.

В 1926 г., как и в 2016 г., основная доля вызовов бригад СМП к больным на квартиры приходилась на пациентов с острыми заболеваниями (острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, кровотечение и т.д.).

Одной из основных функций бригады скорой медицинской помощи является оказание квалифицированной помощи в минимально короткие сроки. Данную функцию в некоторой мере отражают такие показатели, как среднее время прибытия бригады на место вызова и среднее время выполнения вызова.

Среднее время прибытия на вызов на несчастный случай в 1926 г. составляло 10–12 мин, в 2016 г. на вызов в экстренной форме (в том числе на несчастный случай) – 11,1 минуты. Среднее время выполнения вызова бригадами скорой медицинской помощи составляло 30-40 минут, а бригадами отделения неотложной медицинской помощи 30-50 минут, сопоставимое среднее время выполнения вызова бригадами СМП (без учета медицинской эвакуации) составило 48 минут в 2016 г.

А.С. Пучков в своей диссертации приводит данные по заболеваниям, ранее входившим в отчет о работе Станции, в том числе: острые желудочно-кишечные заболевания в 1926 г. – 774 (46,3%) вызова, в 2016 г. – 265376 (39,3%), сердечные припадки (ангинозные приступы) в 1926 г. – 530 (31,7%) вызовов, в 2016 г. – 281312 (41,6%), острый аппендицит в 1926 г. – 192 (11,5%) вызовов, в 2016 г. – 83026 (12,3%), печеночные и почечные колики в 1926 г. – 174 (10,5%) вызовов, в 2016 г. – 46056 (6,8%). Общее количество вызовов выполненных за год увеличилось с 675770 в 1926 г. до 1670 в 2016 г.

А.С. Пучков в своих работах проводит анализ вызовов бригад СМП за 1926 г. к пострадавшим в несчастных случаях от внешних причин.

В 2016 г. в сравнении с 1926 г. отмечено снижение доли отравлений алкоголем с 17,1% до 1,5% и самоубийств с 28,5% до 3,6%.

Следует отметить, что в 2016 г. доля пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях (17,4%) остается на уровне 1926 г. (17,1%); суммарная доля пострадавших от пожаров и получивших ожоги в 2016 г. (12,3%) остается на уровне 1926 г. (11,4%), а доля пострадавших в результате падения с высоты в 2016 г. (8,8%) близка к таковой в 1926 г. (10,8%).

Интересны данные и по медицинской эвакуации. В 1926 г. на Станции работал отдел перевозок, который занимался перевозкой пациентов, учетом и распределением свободных мест в стационарах. Для транспортировки больных использовалось 9 машин днем и 2 машины ночью (7 машин для транспортировки «заразных», а остальные для «незаразных» больных). Назначение санитарного транспорта изменялось в зависимости от числа заявок на транспортировку. Заявка на транспортировку «острозаразных» пациентов принималась, как от граждан (при предварительно установленном врачом диагнозе), так и от врачей. В 1926 г. отмечалось преобладание направления на медицинскую эвакуацию больных инфекционного профиля (66,8%), а в 2016 г. этот показатель составил 23,2%.

Для транспортировки «незаразных» больных заявки принимались только от врачей помощи на дому (или по нарядам районных психиатров), а также к застрахованным, при условии, что по тяжести состояния они не могут транспортироваться другими средствами. Всего в 1926 г. перевезено 22967 человек.

В настоящее время в структуре Станции имеется отдел медицинской эвакуации, который ведет учет и распределение коечного фонда соматического и инфекционного профилей и осуществляет организацию медицинской эвакуации пациентов. В соответствии с утвержденным порядком, медицинская эвакуация с места вызова при ее необходимости, осуществляется бригадами СМП всех профилей. Кроме этого, при наличии медицинских показаний, пациенты транспортируются из медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в медицинскую организацию, в составе которой имеется стационарное отделение для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи.

Критически оценивая сделанное, А.С. Пучков подчеркивал: «... мы ни в коем случае не мыслим, что нами создана совершенная система, которая уже не нуждается ни в каких дальнейших поправках. То, что стоит без движения не растет, не совершенствуется – отстает от жизни и перестает отвечать тем целям, которым оно призвано служить. Мы неустанно продолжаем улучшать работу нашей станции».

Современная Станция скорой и неотложной медицинской помощи по своей оснащенности и возможностям является самой крупной медицинской организацией системы российского здравоохранения. Сейчас за сутки Московской Станцией скорой и неотложной медицинской помощи выполняется до 15 тыс. вызовов, тогда как в 1926 г. это количество осуществлялось за весь год.

Совершенствуются стандарты и алгоритмы оказания скорой медицинской помощи больным и пострадавшим, осваиваются современные лечебно-диагностические технологии, применяемые на догоспитальном этапе. Однако, принципы, заложенные А.С. Пучковым, сохраняются в работе службы скорой медицинской помощи и в настоящее время. Врачи и фельдшера выездных бригад продолжают оперативно оказывать медицинскую помощь всем нуждающимся в ней, руководствуясь многими положениями, которые разрабатывались и внедрялись у самих истоков становления Станции около 100 лет назад.

Вспоминая А.С. Пучкова, мы отдаем дань глубокого уважения человеку, гуманисту, высокопрофессиональному специалисту и патриоту своей страны, ежедневная работа которого способствовала в государственном масштабе решить такой сложный и социально значимый вопрос, каким является оказание населению доступной и квалифицированной скорой и неотложной медицинской помощи.

Литература

1. Пучков А.С. (к 125-летию со дня рождения). Неотложная медицинская помощь. – 2012. – № 3. – С. 75–76.
2. Плавунин Н.Ф., Роженецкий А.Н., Колдин А.В., Кадышев В.А., Климович И.И. Александр Сергеевич Пучков. Сборник научных трудов. К 130-летию со дня рождения. – М.: Изд. «Спорт и Культура – 2000», 2016. – 304 с., ил.

ИСТОРИЯ СЛУЖБЫ КРОВИ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ*Л.В. Рылкова, Е.В. Семенова**Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Центр крови»**Н.А. Баранец**Омский государственный медицинский университет***HISTORY OF BLOOD SERVICE IN OMSK REGION***L.V. Rylkova, E.V. Semenova**Budgetary health care institution of the Omsk region «Blood Center»**N.A. Baranets**Omsk State Medical University*

Аннотация: статья посвящена истории создания и деятельности Омской станции переливания крови. Вклад в практическое здравоохранение и исследовательскую работу.

Ключевые слова: история медицины Новейшего времени, служба крови, донорство, трансфузиология, гематология, центр крови.

Abstract: the article is devoted to the history of creation and operation of the Omsk blood transfusion station. Contribution of employees to practical health care and scientific work.

Key words: history of medicine The newest time, blood service, donation, transfusiology, hematology, blood center.

1 января 1935 года в городе Омске был открыт кабинет переливания крови – Омский филиал Центрального научно-исследовательского института переливания крови (г. Москва). Инициатором его создания стал профессор, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой факультетской хирургии Омского медицинского института Марк Соломонович Рабинович, который возглавлял кабинет, а затем станцию переливания крови с 01.01.1935 по 19.01.1939 годы.

Имя М.С. Рабиновича неразрывно связано со становлением медицинского обслуживания населения Сибири. С Омском связан самый продолжительный и наиболее значительный период его жизни. Марк Соломонович проявил себя в Омске как энтузиаст и новатор, организатор новых учреждений здравоохранения. В 1934 году по его инициативе в городе была открыта станция «Скорой медицинской помощи», где М.С. Рабинович являлся главным специалистом и научным руководителем. Будучи заведующим кафедрой хирургии, Марк Соломонович одновременно был назначен и главным врачом городской хирургической больницы, являющейся базой для медицинского института. В 1937 году он организует областную авиастанцию медицинской помощи.

В августе 1934 года М.С. Рабинович был назначен научным руководителем Омского филиала Центрального научно-исследовательского института переливания крови, начинается работа по его созданию.

1 января 1935 года Марк Соломонович подписал приказ №1:

«§1. С сего числа считать Областной филиал Центрального Института переливания крови сформированным с нижеследующим штатом:

1 Научный руководитель – 1. Место занято проф. М.С. Рабинович.

2. Хирург-переливатель – 1. Место занято д-ром Н.Н. Окуловой.

3. Лаборант – 1. Место вакантно.

4. Завдонорами – 1.

5. Операционная сестра – 1. Место занято м/с Колобовой.

6. Технический работник – 1. Место занято операцион. сиделками.

§2. Врачу Окуловой заняться развертыванием кабинета в масштабе, который бы позволил в ближайшее время организовать консервирование крови, массовое заготовление стандартных сывороток для целей рассылки в пределах Омской области» (5).

С 1935 года начинается внедрение метода переливания крови в практику лечебных учреждений города. Первоначально кабинет переливания крови находился в городской хирургической больнице. В 1937 году филиал становится отделением переливания крови с непосредственным подчинением Омскому областному отделу здравоохранения. В 1938 году отделение реорганизуется в станцию переливания крови IV категории с объемом заготовки донорской крови 800 литров в год. Осенью 1939 года станция получила в своё распоряжение отдельное помещение с оборудованными кабинетами: операционная, донорский и Вассермановский кабинеты, сывороточная и гематологическая лаборатории, ожидальня для доноров и стерилизационная.

Что побудило организовать станцию переливания крови? М.С. Рабинович стремился делать свое дело, как следует, непременно вылечить каждого пациента. Как-то поступил в клинику больной с тяжелой травмой, больного могло спасти только переливание крови. Пока кровь привезли издалека, больной чуть не умер, поэтому пришло решение, что для спасения жизни необходимо заготавливать донорскую кровь в г. Омске (4).

С 1935 по 1940 годы руководство станции проделало довольно большую работу в направлении популяризации переливания крови, овладение этим методом врачевными и сестринскими кадрами, снабжения консервированной кровью и изогемагглютинирующей сывороткой лечебных учреждений города Омска и Омской области, привлечения к донорству и медицинского обслуживания доноров. На предприятиях города, в учреждениях, больницах, в ВУЗах и техникумах сотрудниками станции было проведено большое количество лекций и бесед о донорстве. В результате этого удалось увеличить донорские кадры в 12 раз. Это позволило удовлетворить потребность в кон-

сервированной крови. Проводилась работа по оформлению и закреплению донорских групп на предприятиях и в учреждениях. Наркомздрав считал, что увеличение донорских кадров, есть дело всех лечебных учреждений. Омичи поначалу боялись сдавать кровь, поэтому первыми донорами стали врачи хирургической больницы, сотрудники станции переливания крови.

С 20.01 по 23.03.1939 г. начальником станции был Еремеев Николай Иванович, с 25.03.1939 г. по 1941 год ее возглавляла Скареева Е.М.

В 1941 году станция была переименована в Омскую областную станцию переливания крови (ООСПК). В годы Великой Отечественной войны персонал станции проводил агитационно-пропагандистскую работу по безвозмездной сдаче крови в Фонд обороны страны. Одной из первых сдала кровь для спасения раненых сестра-хозяйка станции М.М. Ларькина, ставшая впоследствии Почетным донором и сдавшая за годы жизни более ста литров крови.

С 1942 года по 1944 год Омскую областную станцию переливания крови возглавляла Коновалова (Кикеева) Ольга Афанасьевна. Персонал станции в военные годы работал напряженно, выполняя свою задачу по сохранению жизни раненым солдатам и возвращению их в строй. В первые сто дней на фронт было направлено 24 тысячи дозы крови. Согласно приказа Народного Комиссариата здравоохранения от августа 1942 года Омская станция должна заготавливать ежедневно не менее 55 литров крови, с переводом её на лечебную сыворотку. Регулярно, через каждые пять дней, отправлять не менее 100 литров лечебной сыворотки в г. Москву на базу в отдельных купе пассажирского вагона. Омск успешно справлялся с заданием. В конце апреля 1943 года с целью улучшения работы учреждение переехало в более приспособленное двухэтажное здание, имеющее общую площадь около 750 кв.м. (6).

В 1944 году возглавила станцию Бителева Ирина Ефремовна и руководила ею по 1952 год. В этот период с целью совершенствования организации работы по переливанию крови, открываются кабинеты, отделения переливания крови в Тарской, Калачинской, Исилькульской центральных районных больницах, в Омске – в детской и акушерско-гинекологической клиниках.

Начальником станции переливания крови с 1952 по 1953 годы была Тихонова Антонина Максимовна, а с 1953 по 1973 год – Шульженко Нина Семёновна. Под руководством Шульженко Н.С. в связи с возрастающей потребностью в крови в 1958 году началась заготовка крови в выездных условиях. В 1959 году большим событием для станции переливания крови было завершение строительства и переезд в новое типовое здание по улице Магистральной, в котором в настоящее время находится производственный корпус. Специализированные условия, пополнение учреждения квалифицированными кадрами, обновление медицинского инструментария и инвентаря позволило значительно увеличить заготовку консервированной крови, освоить и внедрить выпуск компонентов и препаратов крови.

Открытие новых отделов и лаборатории, которые осуществляют контроль состояния здоровья доноров, выпуск диагностических сывороток, осуществление иммунизации доноров для получения иммунных препаратов, дало возможность лечебным учреждениям Омска и области получать нативную плазму, сухую плазму, эритрому, аминокровин, стерилизованную сыворотку Филатова, биологическую антисептическую пасту и другие препараты. Освоение и внедрение их в практику – заслуга медицинских работников, отдавших многие годы службе крови, это В.А. Стойлова, Н.С. Шульженко, Э.А. Шустерева, Л.Г. Басина, Н.И. Куркина, Г.Э. Складенко, З.Д. Демина, В.А. Левая, Г.Н. Яхина.

В 1973 году Омскую областную станцию переливания крови возглавила Складенко Галина Эдуардовна и руководила ею по 1997 год. Проводились цитохимические исследования крови доноров, которые стали фрагментом кандидатской диссертации Баранец Н.А., сотрудницы кафедры гистологии, цитологии и эмбриологии Омского государственного института (1). Результаты проведенных исследований были обобщены в научной работе «Ферментативный спектр лейкоцитов периферической крови доноров города «Омска», опубликованной и представленной на Первом Всесоюзном съезде гематологов и трансфузиологов в 1979 году в Москве. Авторами научно-практической работы являлись Баранец Н.А., Левая В.А., Складенко Г.Э. (2). Позднее в 1998 году эти результаты использовались в научно-практической работе по изучению влияния производственных факторов нефтехимии на периферическую кровь рабочих (3).

С 1997 года по май 2009 года главным врачом станции был Ширинский Леонид Михайлович. В 1994 году станция переливания крови получила статус государственного учреждения (государственное учреждение здравоохранения «Омская областная станция переливания крови»), с 27 июня 2006 года переименовано в государственное учреждение Омской области «Центр крови». Через два года учреждение снова переименовывается, в 2008 году оно получило наименование – бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Центр крови» (далее БУЗОО «ЦК») (7).

В мае 2009 года главным врачом БУЗОО «ЦК» назначается Пономарев Игорь Евгеньевич, под его руководством в 2010 году учреждение становится участником федеральной программы развития службы крови, производится капитальный ремонт и переоснащение учреждения оборудованием. С 2010 года БУЗОО «ЦК» располагается в двух корпусах: производственный корпус, где происходит заготовка, переработка и хранение донорской крови и её компонентов и лабораторный корпус, в подразделениях которого производится лабораторная апробация донорской крови в полном объёме. В 2011 году в учреждении внедрена федеральная автоматизированная информационная система трансфузиологии.

Оснащение современным оборудованием позволило проводить лабораторные исследования донорской крови в автоматическом режиме, заготавливать свежезамороженную плазму и концентрат тромбоцитов аппаратным методом, организовать ПЦР-лабораторию, лабораторию ВИЧ и инфекционных заболеваний. Это позволило для достижения инфекционной безопасности донорской крови проводить определение маркеров вирусов иммунодефицита человека, гепатитов В и С, возбудителя сифилиса непосредственно в учреждении, что сократило время получения результатов исследований. Кроме того, в учреждении внедряются новые методики и технологии переработки и хранения донорской крови и её компонентов: введена 100% карантинизация плазмы, налажено производство и выдача в учреждения здравоохранения вирусинактивированной плазмы, освоена технология пулирования тромбоцитов, криоконсервирования эритроцитов.

Структура службы крови Омской области с течением времени менялась: до 1965 года было три отделения переливания крови в Тарской, Калачинской, Исилькульской центральных районных больницах. В 1966 году отделения открылись в Называевском и Черлакском районах, а в 1969 году в Полтавском районе. В 1983 году насчитывалось 15 отделений переливания крови, 12 из которых входили в состав центральных районных больниц. С 1997 года по 2002 год в Омской области функционировало 22 отделения переливания крови. Позднее в связи с внедрением новых технологий переработки и хранения донорской крови, совершенствованием работы службы начинается сокращение количества отделений переливания крови. В 2006 году в рамках мероприятий централизации службы крови в состав центра крови вошли три отделения переливания крови, ставшие его структурными подразделениями и получившие наименование филиала: «Омский-1», Калачинский, Шербакульский. В 2011 году создан новый филиал «Центральный» на базе отделения переливания крови областной клинической больницы.

В настоящее время Служба крови Омской области представлена БУЗОО «ЦК» с четырьмя филиалами и 10 отделениями переливания крови при учреждениях здравоохранения, из них 6 отделений расположены в муниципальных районах области.

Продолжается научное сотрудничество с Омским государственным медицинским университетом. Совместно с кафедрой гистологии, цитологии и эмбриологии ежегодно проводятся межвузовские научные студенческие конференции по вопросам донорства, так, конференция «Научное обоснование донорства» состоялась 29 апреля 2017 года.

Начавшаяся в 1935 году работа по популяризации переливания крови продолжается и сегодня. Ежегодно проводятся Всероссийские акции, инициированные Министерством здравоохранения Российской Федерации и Федеральным медико-биологическим агентством, и региональные информа-

ционные и донорские акции. Это Всероссийские акции «День донорского совершеннолетия», Национальный день донора крови, «Спасибо донор», «Авто-МотоДонор» и др. Региональные – это молодёжные и корпоративные донорские акции, флешмоб, семинары, конкурсы (конкурс творческих работ «Доноры Омска», молодежный литературный конкурс «Донор – человек с большим сердцем» и др.). БУЗОО «Центр крови» ежегодно принимает участие в работе выставок (специализированная медицинская выставка-конференция «Формула здоровья», Международная выставка «Спорт. Молодость. Здоровье» и др.), на которых оформляется стенд, проводится разъяснительная работа среди посетителей выставок по вопросам донорства крови, осуществляется экспресс-диагностика групповой и резус-принадлежности крови, уровня гемоглобина. На открывшуюся 26 февраля 2015 года в Омском государственном историко-краеведческом музее выставку «Нет искусства более полезного, чем медицина», центр крови предоставил экспонаты и материал экскурсионного сопровождения экспозиции.

Работа Служба крови Омской области постоянно совершенствуется, внедряются новые технологии, которые позволяют достигать высокого качества продукции и удовлетворять потребность учреждений здравоохранения в компонентах донорской крови в полном объеме.

Литература

1. Баранец Н.А. Цитохимические показатели лейкоцитов и системы гемоглобина при описторхозной инвазии: Дис. ... канд. мед. наук. – Омск, 1975. – 174 с.
2. Баранец Н.А., Левая В.А., Складенко Г.Э. Ферментативный спектр лейкоцитов периферической крови доноров г. Омска // Первый Всесоюз. съезд гематологов и трансфузиологов: матер. съезда. – М., 1979. – С. 135.
3. Баранец Н.А., Нарциссов Р.П., Баранец Н.В. Влияние производственных факторов нефтехимии на периферическую кровь рабочих // Человек и мегаполис на пороге XXI века: Матер. III межрегион. Конф. По вопросам многогранного и целостного подхода к познанию окружающего мира. – Омск, 1998. – №1. – С. 83.
4. Рылкова Л.В. Омский центр крови вчера и сегодня / Л.В. Рылкова, Е.В. Семенова, И.Е. Бродский. – Омск, 2016. – 32 с.
5. Журнал «Приказы заведующего по личному составу по основной деятельности 1935–1939» // Архив БУЗОО «ЦК».
6. Акт обследования ООСПК. 28.05.-30.05. №72/1943 г. // Архив БУЗОО «ЦК».
7. ГИАОО Ф. ОП.1, Д. 166, Л. 1-11.

РАЗВИТИЕ ДЕТСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СРЕДНЕ-ВОЛЖСКОМ КРАЕ В 30-Е ГОДЫ ПРОШЛОГО СТОЛЕТИЯ

Р. С. Серебряный

*Национальный научно-исследовательский институт общественного
здоровья им. Н.А. Семашко, г. Москва*

В.Ю. Кузьмин

ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава РФ, Самара

О.В. Яремчук

ГБПОУ «Самарский медицинский колледж им. Н. Ляпиной», г. Самара

THE DEVELOPMENT OF CHILD'S HEALTHCARE IN THE MIDDLE-VOLGA REGION IN THE 30S OF THE LAST CENTURY

R.S. Serebryany

National Institute of public health named after N.Semashko, Moscow

V.Y. Kuzmin

Samara State Medical University, Health Ministry, Russian Federation, Samara.

O.V. Jaremchuk

Samara Medical College named after N. Lyapina, Samara.

Аннотация: Представлен анализ состояния детского здравоохранения в Средне-Волжском крае в 30-е годы прошлого столетия. Описано развитие системы охраны здоровья детей в 1930-1935 гг. Приведены результаты реализации пятилетнего плана здравоохранения Средневолжского крайздравотдела в расширении сети детских учреждений. Изложены материалы, касающиеся структурно-функционального построения алгоритма оказания медицинской помощи детскому населению в яслях, консультациях и других учреждениях. Показаны кадровый потенциал, программа строительства и финансирование детских учреждений.

Ключевые слова: Средне-Волжский край, детское здравоохранение, дети, ясли, пятилетний план здравоохранения Средневолжского крайздравотдела, инфекционные заболевания.

Abstract: The analysis of the child's healthcare condition in the Middle-Volga Region during the 30s of the last century was covered. The development of the child's health security in 1930-1935 was represented. Here are the results of the 5-year project about the healthcare by the Middle-Volga Region Health Department concerning the raise of medical child institutions. The materials about the structure, functions, and algorithm of medical care provision for children in the nurseries, child health centers, etc. were presented. The cadre potential, building program and child institutions funding were covered.

Key words: the Middle-Volga Region, child's healthcare, children, nursery, the 5-year project about the healthcare by the Middle-Volga Region Health Department, infections.

14 мая 1928 г. ВЦИК РСФСР принял решение об образовании Средне-Волжской области в составе Пензенской, Самарской, Ульяновской и Оренбургской губерний. 20 октября 1929 г. по постановлению ВЦИК РСФСР Средне-Волжская область была переименована в Средне-Волжский край. [1]

Средне-Волжский край – административная единица на территории Российской Советской Федеративной Социалистической Республики, существовавшая с 20 октября 1929 года по 27 января 1935 года.

Средне-Волжский край занимал территорию в 247000 кв. километров с населением около 7 миллионов человек, из 87,8% сельских и 12,2% городских жителей. Административно состоял из 8 округов и 113 районов, в том числе 21 с проживанием национальных меньшинств [2].

Средне-Волжский край являлся наиболее отстающим в РСФСР в плане развития здравоохранения, в частности обеспечения медицинской помощью женщин и детей в городах и сельских поселениях. Однако в литературе отсутствуют материалы, отражающие состояние детского здравоохранения в 30 – годы XX века в регионе.

Цель работы. На основе исследования архивных документов показать динамику структурно-функционального развития системы охраны здоровья детей в Средне-Волжском крае.

Материалы и методы исследования. В данной работе использовались архивные данные, справочники и литературные источники. Применялись социально-гигиенический и историко-сравнительный методы.

Результаты исследования и их обсуждение. В 1929-1930 гг. в городах и промышленных районах функционировало 45 постоянных яслей на 1042 койки или на 1515 мест, 37 детских и 15 женских консультаций, родильных коек было 608, что обеспечивало рожениц медицинской помощью на 80% (рис.1), 5 домов матери и ребенка на 210 коек.

Все дети до 1 года в городах находились на учёте в консультациях и были охвачены медицинским обслуживанием. Однако лишь 15% малышей от 1 до 3 лет состояли на контроле в консультациях [2].

В сёлах до 1929 года постоянных яслей не было, имелось 178 летних яслей, 5 детско-женских консультаций, 354 родильные койки, 3 акушерских пункта. В 1929-1930 гг. постоянных яслей стало 88, сезонных летних — возросло до 811 на 27000 мест, число детско-женских консультаций — до 10, родильных коек — 384 (на 100 женщин 0,06 койки), и акушерских пунктов — до 70 (рис. 2).

Несмотря на ежегодное увеличение, в сельских местностях не доставало учреждений охраны материнства и младенчества. Родильный коечный фонд был обеспечен лишь на 7,5%, вместе с акушерским – на 15-20% [3].

На начало пятилетки в крае явно не хватало материальной базы для оказания полноценной медицинской помощи женщинам и детям, что обуславливало сложную эпидемиологическую обстановку, характеризующую Средне-Волжский край среди других регионов СССР (табл. №№ 1, 2).

Таблица №1

Степень зараженности населения в Средне-Волжском крае инфекционными болезнями в 1928-1929 гг. [4].

Название нозологий	1928 г. (на 10000 населения)	1929 г. (на 10000 населения)
Сыпной тиф	2,6	1,8
Брюшной тиф	4,3	8
Скарлатина	12,5	32
Дифтерия	4,9	5,5
Малярия	441	339

Повышение почти вдвое заболеваемости брюшным тифом в 1929 г. обуславливалось неудовлетворительным санитарно-гигиеническим состоянием в городах и деревнях, в частности сельских источников водоснабжения [4].

Таблица №2

Инфекционная заболеваемость среди детей в сельских яслях в Средне-Волжском крае в 1928-1929 гг. (абс. ч.) [5, 6].

Наименование заболеваний	1928 г.	1929 г.
Корь	21	79
Коклюш	11	32
Дифтерия	-	-
Скарлатина	1	1
Малярия	25	54
Диспепсия	44	113

В Средне-Волжском крае крайне неудовлетворительно велась борьба с натуральной оспой, в частности не хватало медперсонала для выполнения прививок от оспы. Несмотря на огромную заболеваемость детей, сеть располагала только 100 койками по лёгочному и 50 костному туберкулезу [4].

С 1925 года происходил рост вложенных средств в развитие учреждений охраны материнства и младенчества. Например, в Самарском уезде Самарской губернии в 1925-1926 гг. финансирование составило 18895 руб., в 1926-1927 гг. 20018 руб., в 1927-1928 гг. – 24300 руб., а в 1928-1929 гг. – 25270 руб. В городе Самаре бюджет службы ОММ увеличился в 1928-1929 гг. более чем вдвое.

Таблица № 3.

Финансирование сети ОММ в Самаре [7].

годы	1925-1926	1926-1927	1927-1928	1928-1929
Средства (руб)	68810	113844	148507	152000

Однако увеличение работающего женского населения, значительный рост учреждений сети ОММ и, главное, необходимость улучшения медицинской помощи детям требовали разработки новой стратегии.

Пятилетний план развития здравоохранения в Средне-Волжском крае [2] был опубликован в конце марта 1930 г. С момента утверждения плана правительством и краевыми руководящими органами прошло не менее года. [4]

Анализ позволяет считать 1929 г. стартом грядущей пятилетки – активной фазы деятельности в области ОММ, а предыдущий 1928 год – итогом всей ранее проведённой работы.

В пятилетнем плане развития здравоохранения в Средне-Волжском крае были выделены два периода: в первом устанавливались лимиты финансирования показателей роста медико-санитарной сети и ее продукции; второй – заключался в работе по распределению спроектированной сети между отдельными округами.

Расходная часть бюджета службы охраны материнства и младенчества в отраслевом срезе здравоохранения края на начало и конец пятилетия представлена в ниже приводимой таблице [2].

Таблица № 4

Финансирование системы ОММ в Средне-Волжском крае в 1927-1933 гг. (руб.).

Наименование системы	1927-28 гг.	1929-30 гг.	1932-33 гг.
ОММ	1130,0	2228,0	11104,4
В т.ч. охр. здоровья детей	321,0	912,0	3146,7

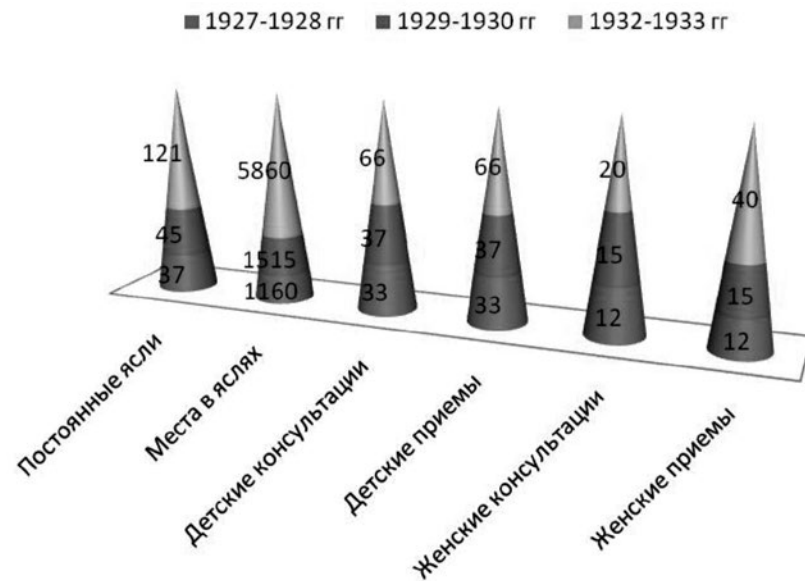
Финансирование системы ОММ в целом и охраны здоровья детей, в частности, увеличивались существенно с каждым годом. На конец пятилетки ассигнования должны были превысить почти в 10 раз средства, выделяемые в 1927-1928 гг. Согласно постановлению СНК РСФСР от 22.05.1928 г. предприятия Самарской области обязали участвовать в финансировании детского здравоохранения. Так, завод № 15 г. Троица Самарской области перечислил на эти цели за апрель–июль месяцы 14 сентября 1928 года 1479 руб. 66 коп. Из данной суммы 104 руб. 88 коп. предназначались на аренду здания детских яслей. Оставшиеся средства можно было получить в кассе завода, или переводом на расчётный счёт, на другие нужды [8].

Сеть учреждений ОММ строилась в городах и промышленных районах с расчетом обеспечения женского и детского населения медицинской помощью применительно к нормам, установленным НКЗ РСФСР. Число постоянных яслей ежегодно увеличивалось и в конце пятилетки планировалось

иметь в городе 121 ясли на 5860 мест (рис.1). Для полного охвата детей консультациями число приемов в детских и женских консультациях намечалось к 1933 г. удвоить, что позволило бы полноценно обслуживать детей и женщин промышленных районов. Родильный коечный фонд предполагалось довести до 100%.

Рисунок № 1.

Пятилетний план развития медико-санитарных учреждений ОММ в городах в Средне-Волжском крае (абс.ч.).

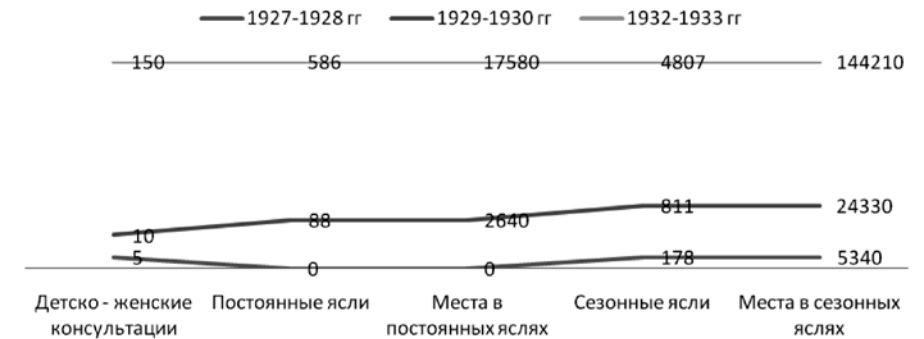


К концу пятилетки сеть ОММ в сельских поселениях намечалось значительно расширить (рис. №2). Число мест в постоянных и летних яслях рассчитывалось для совхозов по нормам НКЗ РСФСР (на 1000 женщин-работниц – 60 мест в постоянных яслях). Всего на селе планировалось открыть 586 постоянных яслей. Из них в колхозах ожидалось появление 500 единиц на 15000 мест, а в совхозах – 86 постоянных яслей. К созданию летних яслей намечалось привлечь колхозы. На органы здравоохранения возлагались расходы на содержание постоянных колхозных яслей полностью, а на летние сезонные – половину от затрат.

Все действующие крупные совхозы обеспечивались, согласно плана, родильными койками для 100% охвата женщин-работниц. Количество родильных коек в сельской местности планировалось увеличить в 5 раз, что улучшало родовспоможение колхозниц на 25%, а вместе с акушерской помощью до 75%. Должно было открыться до 300 акушерских пунктов.

Рисунок № 2.

Пятилетний план развития медико-санитарных учреждений ОММ в сельских поселениях в Средне-Волжском крае (абс.ч.).



Выполнение намеченных пятилетним планом показателей позволило в 1933 г. добиться поставленных целей. В 1934 г., тенденция на укрепление системы ОММ продолжалась. Число городских постоянных яслей увеличилось более чем в 4,6, а мест в них – 6,6 раз; сельских постоянных яслей – почти в 45, мест – более чем в 76 раз (табл. № 5). Возросло количество сезонных сельских яслей и мест в них, детских консультаций, молочных кухонь, в сравнении с наличием до начала пятилетки [8].

Таблица № 5

Рост сети детских учреждений в Средне-Волжском крае в 1928 – 1934 г.

Наименование учреждений	1928 г.	1932 г.	1933 г.	1934 г.
Городские детские постоянные ясли	30	76	115	139
мест в них	1055	5119	6056	7000
Сельские постоянные ясли	7	137	159	320
мест в них	105	4813	4827	8000
Сезонные сельские ясли	371	5976	7420	9020
мест в них	11133	184885	294000	311000
Детские консультации	46	67	74	74
Молочные кухни	13	23	26	27

Работницы получали с каждым годом всё больше мест в яслях (табл. № 6).

Таблица № 6

Обслуживание работниц в яслях в динамике в Средне-Волжском крае [8].

	1932 г.	1933 г.	1934 г.
Количество женщин, занятых в промышленности	48670	55355	54472
Ясельных мест на 1000 женщин	9,5	9,75	11,74

В 1932 г. яслями были обеспечены полностью дети тружениц 3-х машиностроительных заводов и 8 шерстяных фабрик. В 1934 г. удалось добиться обслуживания на 90% ребятишек рабочих химических заводов и на 100%

суконно-шерстяных, швейных, бумажных, частично пищевых и кожевенных предприятий и ряда других отраслей.

Обеспеченность сезонными ясельными местами женщин, трудящихся на совхозных и колхозных полях, по приблизительному расчету в 1933 г. была 75% и в 1934 г. – 90%. Работа в детских яслях строилась «под углом зрения» – «лицом к производству». Если в 1932 г. функционировало круглосуточных яслей 5%, то в 1934 г. – 21,5% к общему количеству всех яслей.

Промышленные ясли имели прикрепленного врача. Часть яслей – медицинских сестер. В большинстве учреждений были выделены комнаты-изоляторы для заболевших детей. В ряде яслей имелись хорошо оборудованные изоляторы – боксы.

В городских яслях проводились систематически профилактические меры для предотвращения заболеваемости детей оспой, дифтерией, скарлатиной и корью.

В большинстве районов сезонные ясли посещались медицинским работником не реже 1 раза в пятидневку. Все дети, принимаемые в ясли, проходили медосмотр. При вспышках инфекций и желудочно-кишечных заболеваний организовывались ясли – изоляторы, например, в Больше-Глушицком районе, Сталинской МТС, Похвистневском районе и т. д.

Таблица №7.

Степень зараженности населения в Средне-Волжском крае инфекционными болезнями в 1935 г. [5].

Название нозологий	Абсолютные цифры	На 10000 населениях
Сыпной тиф	2848	1,2
Брюшной тиф	2621	1,5
Скарлатина	4434	1,8
Дифтерия	2179	0,8
Малярия	239377	95,1

^{х)}рассчитано нами

Проведённые мероприятия оказались достаточно эффективными. Сравнительный анализ показателей инфекционной заболеваемости в начале пятилетки (табл. № 1) и результаты после её окончания (табл. № 7) свидетельствовали о сокращении числа заболевших на 10000 населения.

Развитию сети способствовал рост бюджета яслей [9].

Таблица № 8.

Рост бюджета яслей в Средне-Волжском крае (тыс. руб.).

Годы	1928	1931	1932	1933	1934
Абсолютные цифры	1569,1	2686,6	5406,4	8363,4	9958,4
Удельный вес	2	9,9	12,7	17,6	18,3

Благодаря углубленной и систематической педагогической работе Краевого института ОММ в городских и промышленных яслях проводились плановые воспитательные мероприятия.

Улучшилось снабжение игрушками и учебными пособиями. В 1934 г. Краевым управлением ОММ послано игрушек яслям и домам ребенка на 10000 рублей. В этом же году Краевой институт ОММ подготовил 30 сестер – педагогов [8].

Планом капитальных вложений предусматривалось ввести в эксплуатацию за пятилетие: по промышленным районам – 16 постоянных яслей на 940 мест; по совхозам – 75 постоянных яслей на 2250 мест; по колхозам 100 постоянных яслей на 4000 мест.

В рамках строительной программы, с учетом начатых в 1929-1930 гг. и подлежащих окончанию в 1930-1931 гг. объектов, открылись в промышленных районах 6 постоянных яслей на 270 коек, или в среднем было выполнено 35% плана. [4]. С 1931 по 1934 гг. в городе Самаре сдали в эксплуатацию 18, на селе – 65 зданий для яслей. Переоборудовано в городе и на селе – 111 помещений [8].

На строительство яслей в колхозах с 1930 по 1934 г. взято правлениями колхозов долгосрочной ссуды 270 тыс. 731 руб. [10].

В Средне -Волжском крае ощущался в этот период недостаток квалифицированных кадров, особенно врачебных.

В 1928 году в Средне-Волжском крае трудились 1742 врача. В городах и поселках городского типа – 1128 врача (66% общего числа), в сельских местностях – 614 (34%). В учреждениях ОММ работало в городе и селе всего 75 врачей. Средний медицинский потенциал определяли 3789 человек (635 – фармацевты, 961 фельдшер, 1055 акушеров, 921 медицинская сестра, 217 – прочие сотрудники). В сельских местностях медицинскую помощь оказывали 1515 лиц среднего медперсонала. 40% должностей оставались вакантными [5].

По пятилетнему плану намечалось увеличение почти в 2 раза – до 2928 числа врачей (1112 для участковой работы и 1816 различных специальностей, из них в сети ОММ – 178 человек). Средний медицинский персонал должен был включать 5117 лиц (792 акушерки, 2000 – медсестры, в области охраны материнства и младенчества – 1042 медсестры) [2].

В рамках реализации плана с 1929 по 1932 годы количество врачей в сельской местности и среднего медицинского персонала в городе и на селе постоянно увеличивалось. Число врачей в городах к 1931 г. наоборот уменьшилось,

Таблица № 9.

Кадровый медицинский потенциал в Средне-Волжском крае [11].

	1.1.29 г.		1.1.30 г.		1.1.31 г.		1.1.32 г.	
	Город	Село	Город	Село	Город	Село	Город	Село
Средний медперсонал (фельдшера, акушерки, медсестры) Абс.ч.	1696	1977	1469	2234	1499	2237	1611	2119
Врачи Абс.ч	774	625	765	650	669	660	736	672

но в 1932 г. возросло (табл. № 9). Анализ позволяет предположить возможную связь показателя с изменением административно – территориальных границ Самарской области. В частности с ликвидацией Бузулукского округа. Отметим, в различных источниках приводятся отличающиеся данные, что требует дополнительного исследования [1].

В 1929-1930 гг. в городах Средне-Волжского края на 25 коек в постоянных яслях приходилось по штату 1-2 врача, 3-4 медицинские сестры и 5 – другие сотрудники. В детской консультации – 1 врач, 5 – медицинских сестер; на молочной кухне – 2 медицинские сестры, 1 – прочие работники, в консультации для беременных женщин – 1-2 врача, 1 – медицинская сестра, в доме младенца на 25 коек – 1 врач, 11 медицинских сестер, 11 – прочего персонала [11].

Большая текучесть сельского медицинского персонала и значительный процент пустующих сельских участков обуславливались низкой оплатой труда по сравнению с другими районами РСФСР (средняя ставка врача составляла 125 руб., медсестры – 52 руб., в РСФСР – 150 руб. и 65 руб. соответственно). В яслях на 30 детей зарплата медицинской сестры составляла 37, врача – 50 руб. [10].

Кадры среднего медперсонала, необходимые для края, предписывалось подготовить внутри региона.

Эта задача облегчалась для органов здравоохранения с передачей им в 1930-1931 годы учреждений мед. образования [2].

Заработная плата среднему медицинскому персоналу предполагалась дифференцированная в пределах от 80 до 100 руб.

Выводы. Бурное развитие системы ОММ в 30-е годы прошлого столетия в Средне-Волжском крае поставило новые проблемы. Основными являлись дефицит медиков в системе ОММ и низкая квалификация кадров ясельных работников. Большое значение в снижении эффективности кадровой службы ОММ имела текучесть. В течении 3-х лет в крае было подготовлено около 26000 человек на краткосрочных курсах, что оказалось недостаточно [9]. Контингент врачей и среднего медперсонала по численности до начала реализации пятилетнего плана в 1929 г. и на третьем году пятилетки в 1931 г. практически оставался одинаковым (табл. № 9).

Большинство городских консультаций осуществляли медицинскую помощь, немногим отличающейся от амбулаторной. В них не проводились патронажные и санитарно-просветительные мероприятия, отсутствовали правовые кабинеты, не применялся участковый метод работы

Сеть детских консультаций и молочных кухонь, развернутых в крае, за эти годы в сельских местностях не полностью была освоена, что объяснялось недостатком врачей-специалистов и достаточных ассигнований в бюджете [9].

Литература

1. Административно-территориальное деление Самарской области // Справочник. – Самара. – 2012. – С. 4.
2. Пятилетний план здравоохранения // Изд. Средневолжского крайздравотдела. – Самара. – 1930. – С. 5, 17, 18.
3. Краснова. Наши слабые места // Вопросы здравоохранения Средне-Волжской области. – 1929. – № 3. – С. 14-15.
4. ЦГАСО Ф. Р. – 1160. – оп. 1. – ед. хр. 4. – л. 2, 3.
5. ЦГАСО Ф. Р. – 342. – оп. 1. – ед. хр. 39. – л. 74.
6. ЦГАСО Ф.Р. – 342. – оп. 6. – ед. хр. 2. – л. 7, 8.
7. ЦГАСО Ф.Р. – 342. – оп. 2. – ед. хр. 39 – л. 256, 257.
8. Хмелькова Н.П. Обзор состояния работы детских учреждений ОММ в Средневолжском Крае // Сборник Краевого НИИ ОММ. – Самара. – 1934. – С. 6, 8, 10.
9. ЦГАСО Ф. Р. – 342. – оп. 2. – ед. хр. 39. – л. 239, 240, 242.
10. 15 лет Средней Волги в цифрах. – 1932. – С. 400-401.
11. ЦГАСО Ф.Р. – 342. – оп. 2. – ед. хр. 39. – л. 4.

СОСТОЯНИЕ ДЕТСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КУЙБЫШЕВСКОЙ ОБЛАСТИ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Р.С. Серебряный

Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва

О.В. Яремчук

Самарский медицинский колледж им. Н. Ляпиной

THE ISSUE OF CHILD HEALTH PROTECTION CONDITION IN KUIBISHEV REGION DURING THE GREAT PATRIOTIC WAR

R.S Serebryany

National research institute of public health of N.A.Semashko

O.V. Jaremchuk

Lyapina Samara Medical College

Аннотация: Показано состояние детского здравоохранения Куйбышевского региона в годы Великой Отечественной войны (ВОВ) в условиях, когда первоочередную помощь нужно было оказывать бойцам Красной Армии.

Ключевые слова: ВОВ, детское здравоохранение, Куйбышевская область, мертворождаемость, дети 0-3 лет, ясли, помощь раненым, Маресьев А.П., охрана материнства и младенчества (ОММ), туберкулез.

Abstract: The condition of child health protection in Kuibishev region during the Great Patriotic War in hard conditions when there was the necessity of immediate medical care provision for the Red Army soldiers was presented.

Key words: The Great Patriotic War, child health protection, Kuibishev region, mortality, 0 – 3 year-old children, day-nursery, care for the wounded, Maresiev A.P., tuberculosis.

Великая Отечественная война внесла существенные коррективы в работу здравоохранения Куйбышевского региона, приходилось решать задачи, напрямую связанные с условиями военного времени. В сложившейся ситуации особенно сложно пришлось детскому здравоохранению. После отказа от новой экономической политики в 1927 г., активное развитие системы ОММ в предвоенный период строительства социализма, прервалось 22 июня 1941 г.

Наркомздрав СССР обязал оперативно 20 августа 1941 г. отделы здравоохранения взять на специальный учет всех детей до 3 лет, в т.ч. и эвакуированных, но с началом военных действий расходы на содержание ясельной сети естественно резко снизились (1).

На основании постановления № СЭ 187 «Совета по эвакуации» от 14 ноября 1941 года Куйбышевская область входила в состав 1 группы и была на 1 месте по приему огромного количества людей, в том числе и детей. Куйбышев являлся запасной столицей СССР (2). В регион прибыло большое количество населения. Медицинское обслуживание детей в Куйбышевской области осложнялось существенным притоком эвакуированных ребят из западных регионов СССР. Выписка из решения Исполнительного Городского Совета народных депутатов от 28 ноября 1941 г. «О предоставлении помещений под аппарат уполномоченного Совета по эвакуации при СНК по Куйбышевской области» гласит: «В исполнение решения Совнаркома СССР от 19\XІ – 1941 г. за № 10284 верхний этаж отделения школы № 24 (2 комнаты) предоставить Эвакоотделу Облисполкома и уполномоченному эвакоотдела города (одну комнату). Нижний этаж помещения этого отделения использовать для размещения эвакуированных с больными детьми» (3).

Многие ясли закрывались, здания передавали под эвакогоспитали. Для многих детей домом стали именно ясли – учреждения, в которых обеспечивалось пребывание и воспитание детей в возрасте до 3-х лет, ведь мать отдавала все силы на работе в тылу (в городе и на селе). Сезонные ясли, выполнив свою функцию летом, ликвидировались, но женщины просили сохранить учреждения, так как были заняты на производстве. В одной из газет «Волжская Коммуна» в 1942 г. было опубликовано обращение женщин: «...Наши колхозницы ответили на призыв товарища Сталина стахановской работой. Мы можем и будем делать еще больше, чем делали. Правление колхоза должно помочь нам в этом. У нас по окончании уборки урожая закрыли детские ясли. Это неправильно, ясли нужны. Сейчас многие женщины вынуждены терять много времени на домашние дела. Если же правление

колхоза позаботится о наших детях, мы гораздо больше сможем заниматься колхозными делами» (4).

В первые три года число детских учреждений сократилось в Куйбышевской области (с 1940 по 1943 гг. более чем в 3 раза из-за передачи зданий под эвакогоспитали). Советская власть, учитывая ситуацию, принимала меры. В Куйбышеве в 1942 г. число яслей возросло с 21 до 36, фактически развернутых коек – более чем вдвое до 3260, детей по списочному составу почти в 2 раза – до 3319 в сравнении с 1940 г. (5). В 1942 г. врач обслуживал в яслях детей, занимающих 893 койки (вместо 593 в 1940 г.). В 1940 г. в селах Куйбышевской области насчитывалось 20, в 1944 г. – 29 детско-женских консультаций (6). Вблизи заводов, из-за возросшего количества оборонных предприятий, на которых трудилось много женщин, организовывались женские и детские консультации, ясли.

В 1942 г. сеть детских яслей в «Запасной столице» отвечала всем требованиям и была расположена недалеко от основных предприятий (7). Ясли являлись самостоятельными учреждениями, имевшими отдельное финансирование и внутреннее управление. Для контроля за состоянием здоровья детей к яслям были «прикреплены» медработники, в обязанности которых входило оказание медпомощи, своевременная изоляция детей, заболевших инфекционными заболеваниями и обеспечение санитарных мероприятий (1).

Работа в ясельных учреждениях строилась на основе разработанных в 1940 г. Ленинградским областным научно-исследовательским институтом охраны здоровья детей и подростков, санитарных правил для детских учреждений. В практическом пособии «Технический минимум ясельного работника» имелись инструкции по уходу за детьми и воспитанию их в яслях для сестер-воспитательниц (8). В данном руководстве давались рекомендации по питанию, организации прогулок на свежем воздухе, режиму для разных групп детей в яслях, развитию движений и речи у детей, организации игровых занятий, планированию и учету работы, взаимоотношению в коллективе.

В 1941-1942 гг. в период эвакуации здоровье большинства детей было сильно ослаблено, многие болели цингой и желудочно-кишечными заболеваниями. Прибывшие дети «привезли» инфекционные заболевания, туберкулез. Увеличилась смертность среди детей до 1 года. Если в 1940 г. она составляла 22,6 %, то в 1942 г. 28,9 % (9).

В военные годы в Куйбышевской области выросло количество социальных и инфекционных заболеваний. Ухудшение санитарно-гигиенических бытовых условий способствовали распространенности инфекции среди детей. Слабое питание, недостаточное потребление витаминов, скученность детей в яслях, несвоевременное выявление туберкулеза на дому и в детских учреждениях привели к его росту у детей (10).

Среди населения Куйбышевской области особенно свирепствовал туберкулез легких. В г. Куйбышеве функционировала 1 детская туберкулезная больница на 50 коек, куда в 1942 году поступило 272 ребенка. Всего за год больные пролечились 13893 койко-дней. В яслях создавали дифференцированные группы на 125 человек (11).

В 1943 г. увеличилось количество заболеваний туберкулезом, как у неорганизованных, так и у организованных детей. С целью выявления инфекции в Куйбышевской области проводились специальные обследования детей в яслях, детских садах с помощью проведения пиркетизации и рентгеноскопии. Все дети, заболевшие туберкулезом, были взяты на учет (12).

Например, в 1944-1945 гг. в яслях № 12 на 1.01. находились 204 ребенка, из которых с положительной реакцией Пирке в 1944 г. было выявлено 9%, в 1945 г. – 16%. В 1944 г. болело туберкулезом 11 детей (13).

Табл. №. 1

Заболеваемость туберкулезом в яслях № 12.

Год	Список детей по списочному составу	Количество заболевших
1941	159	-
1942	250	9
1943	210	8
1944	209	11

В 1945 году в городах Куйбышевской области было развернуто 74, в сельской местности – 75 коек для больных туберкулезом. Вакцинация новорожденных проводилась во всех родильных домах и участковых больницах. В области было вакцинировано 21430, из них на селе – 11463, в городах – 9967 малышей. Осуществить почти 100% вакцинацию удалось благодаря тому, что городской туберкулезный диспансер взял в свое ведение снабжение вакциной родильных домов. Выделенная медицинская сестра бесперебойно снабжала родильные дома препаратами и осуществляла контроль за выполнением вакцинации (14).

Очень важным в годы ВОВ было проведение мер по борьбе с мертворождаемостью. В 1942–1943 гг. в семи родильных домах городов Куйбышевской области разрешились 15939 женщин. 335 детей родились мертвыми. Из мертворожденных ребятшек 170 было доношенных и 165 недоношенных. Основными причинами являлись тазовые и поперечные положения плода, высокий процент неправильно проведенных родов (46,6%), большое число рожениц, поступивших с мертвыми плодами, что указывало на недостаточное обслуживание беременных консультациями, слабая подготовленность акушерок, отсутствие круглосуточных врачебных дежурств в некоторых родильных домах, даже с большим количеством коек, тяжелый женский труд на производстве.

В меньшем числе случаев мертворожденность обуславливалась патологическим предлежанием плаценты, обвитой пуповиной, токсикозами, малярией, уродством плода, криминальными обстоятельствами и т.д. Во многом тщательное наблюдение врачами за роженицами в родильных домах и консультациях могло бы предотвратить негативный исход (15).

В 1944 г. из 7947 новорожденных, 158 (1,98%) родилось мертвыми. Причина заключалась в несвоевременной госпитализации рожениц в родовспомогательные учреждения, родах на дому, ввиду плохой работы перевозочного транспорта. Из 158 случаев, несвоевременная госпитализация составила 17,1%. У многих женщин, при затягивании сроков госпитализации, роды осложнялись наличием поперечного положения или патологией последа (16).

В 1941-1942 гг. условия быта врачей были плохими. Среди них почти все были женщины, большинство с маленькими детьми. Они недоедали, не имели теплой одежды и обуви. Однако медики самоотверженно трудились. 10.11.1944 г. СНК СССР издал постановление «О мероприятиях по расширению сети детских учреждений и улучшению медицинского обслуживания женщин и детей», которым было предусмотрено увеличение ассигнований на мероприятия по охране материнства и детства, строительство новых зданий для яслей, детских садов и других учреждений, увеличение числа круглосуточных мест в городских яслях до 40%, на селе – на 15% (17).

При этом, учреждения здравоохранения испытывали огромную нагрузку в связи с поступлением большого числа военнослужащих. В 1941-1945 гг. медицинскую высококвалифицированную помощь в госпиталях города Куйбышева получали сотни тысяч раненых. Преобладали повреждения черепа, грудной клетки и полости, органов живота, позвоночника, суставов верхней конечности (плеча и предплечья), нижней конечности (бедр и голени) и области таза. Сочетанные, множественные поражения различных органов и тканей представляли наибольшую сложность для врачей.

В одном из эвакогоспиталей № 3999, организованном в г. Куйбышеве во время боев на Курской дуге, в 1943 году лечился и учился танцевать на протезах легендарный летчик, Герой Советского Союза А.П. Маресьев.

Вскоре это лечебное учреждение преобразовали в госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны – нынешний госпиталь ветеранов войн.

В селе Кошки в период с 1942 по 1945 гг. работал госпиталь, лечение в котором одновременно получали более трехсот рядовых солдат и офицеров. Под госпиталь были выделены бывшие поликлиника и родильный дом.

В здании Челно-Вершинской средней школы в годы Великой Отечественной войны размещался эвакогоспиталь на 150 раненых и больных – участников боевых сражений (18).

Несмотря на необходимость приоритетного медицинского обеспечения бойцов Красной Армии, в Куйбышевской области удалось выполнить постановление СНК СССР от 10.11.1944 г. (табл. №2).

Табл. № 2.

Количество детских учреждений в г. Куйбышеве (19, 20).

Наименование учреждений	1944 г.	1945 г.
Постоянные ясли /койки	25\2105	40\3540
Всего женских и детских консультаций	11	22
Родильные дома/койки	2 /75 коек	4 /605 коек

В 1945 г. количество постоянных яслей возросло в 2,6 раза, соответственно коечный фонд вырос более чем на 1000 единиц; вдвое стало больше женских и детских консультаций, родильных домов; увеличилось в восемькратно число коек в роддомах.

В годы Великой Отечественной войны в Куйбышеве сложилась достаточно сложная эпидемиологическая обстановка, не хватало парикмахерских и прачечных. Жители имели возможность мыться в банях не более двух раз в месяц. Стала проводиться санитарная обработка прибывающих в Куйбышев людей. Медицинские работники вели борьбу с коклюшем, скарлатиной, дизентерией, токсической диспепсией, туберкулезом, организовали противоэпидемическую работу. В результате в Куйбышевской области снизилась инфекционная заболеваемость и смертность детей до 1 года на 100 родившихся с 28,9 в 1942 г. до 7,6 в 1945 г.

Позитивные итоги являлись следствием проводимых органами здравоохранения Куйбышевской области комплексных мероприятий: открывались новые ясли, более половины детских учреждений были переведены на круглосуточную работу, принимались необходимые действия по улучшению питания и физическому развитию, как местных, так и эвакуированных малышей. Число санаторных групп в яслях и изоляторов выросло. Штат врачей и среднего медицинского персонала увеличился (18).

Таким образом, в период Великой Отечественной войны руководителям здравоохранения Куйбышевской области, несмотря на огромные трудности, удавалось решать адекватно задачи одновременно по лечению больных и раненых воинов и развивать детское здравоохранение.

Литература

1. Юдина А.Ю. Здравоохранение детей в возрасте до 3 лет в годы Великой Отечественной войны (на примере г. Бийска Алтайского края) // Мир науки, культуры, образования / Бийск. 2012. № 3(34) – С.247.
2. ЦГАСО Ф.Р. – 4074. – оп. 1. – ед. хр. 1. – л. 6.
3. ЦГАСО Ф.Р. – 4074. – оп. 2. – ед. хр. 2. – л. 32.
4. Святкина В. Наши детские ясли. // Волжская коммуна / 1941. № 278 (6837). С. 3.

5. ЦГАСО Ф.Р. – 4054. – оп. 2. – ед. хр. 58. – л. 4.
6. ЦГАСО Ф.Р. – 4054. – оп. 2. – ед. хр. 40, 95. – л. 8,12.
7. ЦГАСО Ф.Р. – 4219. – оп. 1. – ед. хр. 24. – л. 6.
8. Гольденберг Б., Лякерман Т. Технический минимум ясельного работника // Практическое пособие по уходу за детьми и воспитанию их в яслях для сестер-воспитательниц / Гос. мед. изд. М. – 1935. С. 6, 7.
9. ЦГАСО Ф.Р. – 2148. – оп. 5. – ед. хр. 53. – л. 2.
10. Федотов В.В. Эвакуированные детские учреждения в Поволжье в годы Великой Отечественной войны // Человек и общество в условиях войн и революций: сборник материалов Всероссийской научной конференции. Вып. 1. Самара: Самар. гос. техн. ун-т. – 2014. – С. 68, 69, 70.
11. Альбицкий В.Ю., Серебряный Р.С., Шер С.А., Яремчук О.В. К истории борьбы с туберкулезом у детей раннего возраста в СССР (по материалам Москвы и Самары) // Российский педиатрический журнал. 2017. № 1. С. 58-64.
12. ЦГАСО Ф.Р. – 4054. – оп. 2. – ед. хр. 68. – л. 6.
13. ЦГАСО Ф.Р. – 4123. – оп. 1. – ед. хр. 1. – л. 15, 18.
14. ЦГАСО Ф.Р. – 2148. – оп. 3. – ед. хр. 33. – л. 8.
15. ЦГАСО Ф.Р. – 4219. – оп. 1. – ед. хр. 23. – л. 1,5.
16. ЦГАСО Ф.Р. – 4219. – оп. 1. – ед. хр. 29а. – л. 63.
17. Веселкова К.П. Физическое развитие и заболеваемость детей в яслях г. Москвы (1953 г. – 1958 г.). – Автор. дисс. – Москва. – 1958. – 27 с.
18. Кузьмин В.Ю., Павлов В.В., Серебряный Р.С., Яремчук О.В. Здравоохранение Куйбышевской области в годы Великой Отечественной войны (1941-1945 гг.) // Пробл. изучения военн. истории. Третья Всер. научн. конфер. с межд. участием. Сб. статей. Изд. «научно-технический центр» – Самара, 2015. – С. 186-92.
19. ЦГАСО Ф.Р. – 4054. – оп. 2. – ед. хр. 95. – л. 7.
20. ЦГАСО Ф.Р. – 2148. – оп. 3. – ед. хр. 42. – л. 57.

5. НАУЧНЫЕ ШКОЛЫ В МЕДИЦИНЕ

СЕВЕРНАЯ НАУЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ШКОЛА: СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ (К 85-ЛЕТИЮ АМИ – АГМИ – АГМА – СГМУ)

Глянцев С.П., Андреева А.В., Самбуров Г.О.

НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева (Москва, Россия)

Северный государственный медицинский университет (Архангельск, Россия)

NORTH SCIENTIFIC SCHOOL IN MEDICINE: PAGES OF HISTORY (ON THE 85TH ANNIVERSARY OF AMI – ASMI – ASMA – NSMU)

Glyantsev S.P., Andreeva A.V., Samburov G.O.

A.N. Bakulev NMRC CS (Moscow, Russia)

North State Medical University (Arkhangelsk, Russia)

Аннотация: Северная научная медицинская школа сформировалась на Европейском Севере России в Архангельске во 2-й половине XX века. Ее основу заложили сотрудники клинических кафедр (хирургии, терапии, акушерства и гинекологии) созданного в 1931–1932 гг. Архангельского медицинского института (АМИ), переименованного в 1940 г. в Архангельский государственный медицинский институт (АГМИ), в 1994 г. – в академию (АГМА), а в 2000 г. – в Северный государственный медицинский университет (СГМУ). В 1958 г. к указанным кафедрам прибавились кафедры стоматологического, а в 1979 г. – педиатрического профиля. Отличительной особенностью школы в целом и составляющих ее дочерних научных школ, в частности, является разработка региональных проблем клинической медицины, особенно актуальных в связи освоением Арктики, начавшимся в 1930-х гг. и продолжающимся сегодня.

Ключевые слова: Архангельский медицинский институт, Северный медицинский университет, клинические научные школы.

Abstract: The Northern Scientific School in Medicine (NSSM) was formed on the European North of Russia in Arkhangelsk in the 2nd half of the 20th century. Its foundation was laid by the staff of the clinical departments (surgery, therapy, obstetrics and gynecology) established in 1931 – 1932. Arkhangelsk Medical Institute (AMI), renamed in 1940 to the Arkhangelsk State Medical Institute (ASMI), in 1994 – to the Academy (ASMA), and in 2000 – to the Northern State Medical University (NSMU). In 1958 the clinical chairs were added the dental departments and in 1979 – the pediatric profile. A distinctive feature of the NSSM as a whole and its affiliated scientific schools that make up it, in particular, is

the development of regional problems of clinical medicine, especially relevant in connection with the development of the Arctic, which began in the 1930s. and continuing today.

Key words: Arkhangelsk Medical Institute, Northern Medical University, clinical scientific schools.

Говоря о научных школах, историки обычно имеют в виду возглавляемый крупным ученым, лидером, генератором идей и методов их реализации (учителем) коллектив из двух и более поколений научных работников (учеников), объединенных единым научным мировоззрением, разрабатывающих крупное оригинальное направление в науке (учение) и производящих научную продукцию, содержащую новые знания (патенты, руководства, монографии, диссертации, статьи).

При этом в медицине такая школа чаще всего формируется в рамках кафедры медицинского вуза; отделения, отдела или лаборатории специализированного НИИ, редко – научного учреждения в целом. В качестве примера последней школы приведем школу А.Н. Бакулева в области сердечно-сосудистой хирургии – в НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева, хирургическую школу А.В. и А.А. Вишневских – в Институте хирургии им. А.В. Вишневского, кардиологическую школу А.Л. Мясникова – в Институте клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова или офтальмологическую школу С.Н. Федорова – в МНТК «Микрохирургия глаза им. С.Н. Федорова».

Однако существуют научные школы, выходящие за эти рамки и приобретающие региональный и даже мировой статус. В медицине к ним отнесем, например, Падуанскую анатомическую школу XVI – XVII веков (Падуа, Италия); Венские (первую и вторую) терапевтические школы середины XIX века (Вена, Австрия); Берлинскую школу патологов (Шарите, Германия) и хирургическую школу Эдинбургского университета (Эдинбург, Шотландия) 2-й половины XIX века; известную в России и за ее пределами хирургическую школу Обуховской больницы начала XX века (С.-Петербург, Россия) или кардиохирургическую школу Университета Миннесоты 1950-х годов (Миннеаполис, США). Такие школы могут иметь нескольких лидеров и сотни сотрудников. Но все они, как правило, объединены либо единым направлением исследований, либо определенными методическими подходами (системами или концепциями), либо изучением заболеваний, отличающихся какими-либо региональными (например, климатическими) особенностями.

К таким школам регионального значения отнесем и сформировавшуюся во 2-й половине XX века на Европейском Севере России Северную научную медицинскую школу, состоящую из нескольких дочерних школ разных специальностей, объединенную изучением заболеваний различных органов и систем, развивающихся в условиях крайне низкой солнечной активности,

«жесткого» (холодного, влажного и ветренного) арктического климата или протекающих в них иначе, нежели в других, более мягких климатических условиях. Институционально эта школа оформилась в «столице Севера» – Архангельске, в расположенном в этом городе Северном государственном медицинском университете, имеющем 85-летнюю историю. Постановление Совета народных комиссаров РСФСР №1055 о создании Архангельского медицинского института (АМИ) для улучшения медико-санитарного обслуживания рабочих лесозэкспортной промышленности Северного края вышло издано 2 октября 1931 г. Спустя год, 16 декабря 1932 г., в Институте, размещенном в стенах бывшей Архангельской Городской думы на Троицком проспекте, студентам-медикам была прочитана первая лекция.

Создание медицинского вуза в крупном областном городе на побережье Белого моря у Полярного круга было обусловлено, прежде всего, удаленностью региона от центральных областей страны и исторически сложившейся низкой обеспеченностью северян врачами. Известно, что в отличие от средней и южной частей России в северных губерниях земское управление медицинскими учреждениями введено не было. Они находились на государственном обеспечении и обслуживались порой неохотно ехавшими на Север врачами. Кроме того, вплоть до конца XIX века сельские жители составляли более 90% населения Архангельской губернии. Иллюстрацией сказанному может служить число делегатов 1-го съезда врачей губернии, который состоялся 17 января 1907 года. На съезде присутствовало всего 22 врача.

Немаловажной причиной стало открытие в начале 1930-х годов Северного морского пути и промышленное освоение северных территорий. В 1932 г. экспедиция под руководством академика О.Ю. Шмидта на ледокольном пароходе «Сибиряков» впервые прошла из Белого моря в Охотское за одну навигацию. В 1934 г. этот путь в 5000 морских миль преодолел ледорез «Федор Литке», а в 1935 г. по нему впервые из Ленинграда во Владивосток лесовозы «Ванцетти» и «Искра» перевезли лес.

Наконец, организованная органами политического сыска в 1920-е – 1930-е гг. ссылка в Северный край десятков и сотен тысяч спецпереселенцев со всех концов России в значительной степени пополнила население Европейского Севера СССР контингентом, не приспособленным к жизни в условиях северного климата. Но не случайно именно в это время Северный край стали называть «Всесоюзной лесопилкой» – заготовка леса и его отправка по всей России и, особенно, за границу увеличилась в разы. Эта причина и была названа в Постановлении СНК РСФСР о создании АГМИ.

Первостепенными при образовании Института стали вопросы обеспечения его квалифицированными педагогическими, медицинскими и научными кадрами, организации в нем педагогического процесса, лечебного дела и научных исследований. В особенности по так называемой «краевой патоло-

гии» – изучению этиопатогенеза, разработке методов выявления, диагностики, лечения и профилактики профессиональных болезней рыбаков, моряков и лесорубов, термической (холодовой – местной и общей) травмы, авитаминозов (цинги, рахита и др.) и других заболеваний, обусловленных суровыми климатическими условиями, скудным и однообразным питанием.

В Архангельск были направлены представители медицинских – научных и клинических школ Москвы, Ленинграда, Казани, Томска, Перми и других городов. Были среди них врачи, научные или педагогические работники, сосланные в Северный край по разным статьям УК РСФСР от 1926 года, включая 58-ю. Из них кому-то было разрешено работать по специальности (например, профессор В.В. Преображенский был выслан из Ленинграда в Архангельск, где возглавил кафедру акушерства и гинекологии), а кто-то оставался в городе после окончания ссылки и поступал на работу в вуз. Так, профессору-хирургу и епископу Луке (В.Ф. Войно-Ясенецкому) после окончания ссылки в 1933 г. в обмен на отказ от его церковного сана предлагали возглавить одну из хирургических кафедр АГМИ, но он отказался.

Таким образом, в силу разных причин, включая перечисленные выше, «отцами-основателями» АГМИ и организаторами его кафедр стали известные в стране профессора и доценты, заложившие основы целого ряда научных и клинических медицинских школ.

В 1934 г. в АГМИ начал работать Ученый совет, председателем которого стал первый директор вуза М.Ю. Кривицкий. В 1935 г. с одобрения совета в АГМИ был издан первый сборник научных трудов. Уже в тот период научные исследования сотрудников АГМИ были направлены, в основном, на решение региональных проблем, как-то: изучение особенностей заболеваемости в Архангельской области и влияния арктического климата на здоровье человека, выявление курортных ресурсов Северного края и лечебных свойств водорослей Белого моря, разработку методик получения витамина «С» из местных источников для борьбы с цингой и др. Этот региональный компонент можно проследить в дальнейшем во многих научных исследованиях на протяжении всей деятельности вуза. Сохраняется он и до сих пор.

В 1936 г. в АГМИ прошла первая научная конференция молодых ученых. На ней выступали будущие профессора Г.А. Орлов, Б.А. Барков, С.И. Елизаровский, М.Д. Киверин, В.М. Цель и др., возглавившие в дальнейшем основные клинические кафедры АГМИ, ставшие основателями многих крупных научных направлений и создавшие славу Северной медицинской школе. Но из первых профессоров вуза, особенно ссыльных, были и такие, чьи научные интересы выходили за пределы региональных проблем. Так, основатель кафедры физики АГМИ, профессор В.Е. Лошкарев из Ленинграда, прославился открытием в 1946 г. феномена биполярной диффузии неравновесных носителей тока в полупроводниках и, переехав на Украину, создал

там в 1940-е – 1950-е гг. крупную физическую школу. Именно В.Е. Лошкарев во 2-й половине 1930-х годов увлек физикой и физиологией учившегося в АГМИ будущего Героя Социалистического труда, лауреата Ленинской премии, академика АМН СССР Н.М. Амосова (1913 – 2002), ставшего одним из основоположников сердечно-сосудистой хирургии в Советском Союзе и Украине. Но исключения лишь подтверждают правила.

Шли годы. При поддержке руководства Северного края и Архангельской области, образованной в 1937 г., АМИ быстро развивался. К 1940 г. АМИ завершил базовое формирование и в том году был переименован в Архангельский государственный медицинский институт (АГМИ). Его сложившийся профессорско-преподавательский состав накопил достаточный опыт педагогической, клинической и научной работы. Определились традиции и направления медицинской школы, которую мы называем Северной.

Огромную роль в лечении раненых бойцов и командиров Красной Армии Карельского фронта и Северного флота в годы Великой Отечественной войны сыграли хирурги АГМИ, школы которых начали формироваться в 1934 – 1936 годах под руководством известных в России профессоров-хирургов, представителей различных научных коллективов – А.И. Лаббока (Воронеж), М.В. Алферова (Харьков), И.Л. Цимхеса (Казань), А.А. Вечтомова (Пермь). В предвоенные годы руководимые ими кафедры, наряду с разработкой региональных проблем, занимались вопросами военно-полевой хирургии и травматологии. По традиции тех лет сотрудники кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии, которую до 1940 г. возглавлял профессор А.И. Лаббок, работали практическими хирургами и ни в чем не уступали сотрудникам клинических кафедр хирургии, превосходя их, впрочем, в знании анатомии. Именно из этой кафедры вышли два первых хирурга-северянина – заслуженных деятеля науки: профессора Г.А. Орлов и С.И. Елизаровский, создавшие крупнейшие на Севере хирургические школы.

Приехавший в Архангельск из Воронежа, ученик профессоров А.Г. Рузанова и А.И. Лаббока, заслуженный деятель науки, профессор **Георгий Андреевич Орлов** (1910 – 1976) был хирургом широкого профиля. Его труды 1930-х – 1940-х годов, посвященные топографической анатомии пограничного симпатического ствола, анатомическому обоснованию обезболивания органов брюшной полости, хирургической анатомии сонной артерии, строению седалищного нерва, топографии органов заднего средостения при левосторонней торакотомии, жизнеспособности почки в условия коллатерального кровообращения после перевязки её сосудистой ножки, топографии и оперативному лечению травматических аневризм и другие имели важное практическое значение в условиях военного времени, когда возглавивший в 1941 г. кафедру топографической анатомии и оперативной хирургии, а в 1944 г. – кафедру общей хирургии АГМИ профессор Г.А. Орлов исполнял

обязанности главного хирурга Управления эвакогоспиталей Архангельской области.

В послевоенные годы сотрудники руководимой Г.А. Орловым кафедры общей хирургии разрабатывали вопросы краевой хирургической патологии, занимались проблемами профессиональных болезней пальцев рук рыбаков и зверобоев, диагностики и лечения острой холодовой травмы (отморожение конечностей) и болезней сосудистой и нервной систем, связанных с хроническим поражением влажным холодом (холодовой нейроваскулит; инфракрасная термография), вопросами морской медицины и хирургической помощи морякам дальнего плавания, в том числе в северных широтах. Помимо этого представители школы Г.А. Орлова разрабатывали методы диагностики и хирургического лечения переломов и вывихов (в частности, привычного вывиха плеча), острых и хронических заболеваний органов брюшной и грудной полостей, стали пионерами торакальной и сердечной хирургии, анестезиологии и реаниматологии, онкологии и урологии, неврологии и геронтологии и других направлений общей и частной хирургии в регионе. На кафедре были проведены первые в стране исследования возможности перитонеоскопии, изданы приоритетные монографии по диагностике сосудистых заболеваний и хирургической геронтологии, защищены десятки кандидатских и докторских диссертаций, проведены конференции общероссийского уровня. Профессор Г.А. Орлов первым из хирургов-северян стал членом Международного хирургического общества, известным в Советском Союзе хирургом и ученым. В результате на кафедре под его руководством была создана крупнейшая на Европейском Севере России научно-практическая школа хирургов и клиницистов смежных специальностей. Среди них – профессора и доценты, доктора и кандидаты медицинских наук (в алфавитном порядке): Н.Д. Анфимова, Н.И. Батыгина, Н.П. Бычихин, А.Н. Великолуг, В.П. Веселов, А.О. Виллерт, В.И. Галашев, С.П. Глянцев, Е.И. Громова, Е.Я. Дерябина, В.В. Дроздов, Е.А. Евстифеев, А.Я. Журавлев, Т.А. Зашихина, А.Ф. Каранин, А.И. Макаров, Э.В. Недашковский, В.Е. Оловянный, В.А. Попов, Г.В. Попов, Ф.Б. Попов, С.М. Пьянков, З.А. Раевская, В.Н. Ржевская, В.М. Сатыбалдыев, Л.А. Смольников, С.Я. Ступников, Л.Н. Терновский, С.А. Тимохов, А.П. Тюкина, В.Ф. Цель, заслуженные врачи РФ Г.С. Грицук, К.Я. Журавлева и С.Г. Крыжановский, практические врачи А.В. Анисимова, В.В. Бубнов, Л.И. Васильчук, Н.Г. Грицук, Т.И. Караказанджи, Н.С. Ледков, С.Г. Лихно, С.А. Можаяев, В.А. Полушин, О.А. Попов и др.

В 1980-е годы из школы Г.А. Орлова выделилась дочерняя хирургическая школа, которая начала складываться под руководством его ученика, профессора Н.П. Бычихина, возглавившего кафедру в 1981 году. Многие годы занимавшийся краевой патологией, в частности, диагностикой и лечением болезней у рыбаков Севера, у северян пожилого возраста и стариков, а также

проблемами морской медицины, хирург-новатор Н.П. Бычихин встал у истоков сразу нескольких новых направлений хирургии в стране – лечения гнойных ран иммобилизованными ферментами протеолиза, применения клеточных технологий в лечении хирургических осложнений сахарного диабета и изучения возможности лечения острого панкреатита жировыми эмульсиями и гепарином. Среди учеников Н.П. Бычихина – доктора и кандидаты медицинских наук С.П. Глянцев, Н.В. Губкин, С.В. Кушнирук, В.В. Лаптев, Е.Ф. Писаренко, В.Н. Ржевская, Д.А. Смирнов.

Из хирургической школы Г.А. Орлова – Н.П. Бычихина вышла школа профессора В.А. Попова в области общей и urgentной хирургии, диагностики и лечения острых окклюзий и хронических облитерирующих заболеваний сосудов живота и конечностей. Среди учеников В.А. Попова – доктора медицинских наук В.М. Авалиани и Е.В. Федотова (под руководство В.А. Попова они защитили и кандидатские диссертации), кандидаты медицинских наук А.А. Беляев, В.А. Брагин, С.П. Буторин, В.И. Галашев, В.М. Гореньков и В.В. Трескач. К еще одной дочерней школе Г.А. Орлова – Н.П. Бычихина, школе профессора С.П. Глянцева в области общей хирургии и истории хирургии, принадлежат профессора А.И. Макаров и В.Е. Оловянный, доктор медицинских наук В.М. Сатыбалдыев (все – Архангельск), хабилитированный доктор наук А. Рукосуев (Мюнстер, Германия); кандидаты медицинских наук доцент Т.А. Вербовая и врач В.В. Предвечный (С.-Петербург), доценты Д.Т. Щербаков (Омск) и Н.И. Галик (Москва), кандидаты медицинских наук, врачи А.В. Касьяненко (Тверь), Ю.Н. Онищенко (Москва), соискатели ученых званий: кандидат медицинских наук И.В. Пчелина (Хабаровск), врач Н.Б. Щелкунов (Брянск) и А.В. Андреева (Архангельск).

В послевоенные годы научно-исследовательская деятельность АГМИ была продолжением и развитием изучения региональных проблем, в которые были включены вопросы изучения здоровья и профилактика болезней коренных жителей Севера – ненцев и организация здравоохранения в Ненецком автономном округе. В 1946 г. в АГМИ было создано студенческое научное общество (СНО). С открытием аспирантуры при клинических кафедрах АГМИ именно выпускники, прошедшие школу СНО, составили основу для формирования послевоенного поколения научно-педагогических кадров.

Основателем крупной научной школы хирургов и топографоанатомов на Европейском Севере РФ стал коренной архангелогородец, заслуженный деятель науки, профессор **Сергей Иванович Елизаровский** (1910 – 1995), заведовавший кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии АГМИ в течение без малого 40 лет (с 1944 по 1981 гг.). Ещё в студенческие годы под руководством профессора С.Н. Лисовской он провел ряд исследований, послуживших основой кандидатской диссертации на тему «Хирургическая анатомия шейного ствола с особенностями топографии звездчатого

узла», которую он защитил в 1939 году. Докторскую диссертацию на тему «К хирургической анатомии полости малого сальника» С.И. Елизаровский подготовил на основе своего военного хирургического опыта: в 1941 – 1945 годах он вел консультативную работу в военных госпиталях и в Управлении ЭГ ОЗО, преподавал на кафедре и курсах усовершенствования хирургов. Возглавив в 1944 г. кафедру, С.И. Елизаровский приступил к формированию своей научной школы в области анатомии и хирургии, из которой вышли профессора и доценты Б.А. Барков, Ю.А. Вещагин, Р.Н. Калашников, Г.Ф. Николаев, И.И. Поторжинский, С.Я. Ступников, Б.А. Турко, В.Ф. Цель и др. Со своими учениками глава школы издал ставшие широко известными в Советском Союзе монографию «К хирургической анатомии полости малого сальника» (1949), «Атлас хирургической анатомии средостения» (совм. с Г.И. Кондратьевым, 1961) и выдержавший несколько изданий учебник для стоматологических факультетов медицинских вузов «Оперативная хирургия и топографическая анатомия» (совм. с Р.Н. Калашниковым, 1979).

Две другие хирургические школы профессоров И.Л. Цимхеса – В.А. Баркова – М.И. Шалаева – В.П. Рехачева (факультетская хирургия с курсом урологии) и М.В. Алферова – Г.М. Давыдова – В.Ф. Целя – А.А. Кирова – Б.Н. Федорова (госпитальная хирургия) занимались разработкой вопросов краевой патологии (в частности, изучением особенностей течения болезней органов брюшной и грудной полостей на Севере), urgentной и плановой абдоминальной и торакальной хирургии, урологии, травматологии (например, изучение остеогенеза в условиях холода и влаги), анестезиологии и реаниматологии (Э.В. Недашковский, Н.А. Нутрихин). К представителям этих школ отнесем профессоров, доцентов и ассистентов С.П. Бокового, В.П. Веселова, Л.Б. и Б.Л. Дуберманов, С.М. Дынькова, В.П. Еремеева, И.И. Кальченко, З.И. Киверину, Б.В. Кузнецова, М.А. Кулешову, Г.Ф. Николаева, В.Н. Орлова, А.А. Ошуркова, З.В. Тишинскую, В.С. Юрова, В.А. Ярыгина (все – факультетская хирургия), а также Н.С. Антонову, А.С. Баранову, В.А. Брагина, В.П. Быкова, В.В. Бровкину, Р.А. Клепикову, М.Н. Кузнецову, Л.И. Липского, Э.А. Лусь, В.И. Миронову, Н.А. Нутрихина, Г.В. Попова, Н.А. Рыбкину, О.К. Сидоренкова, Ю.А. Тетеревлева, Е.Е. Тетерину, М.А. Туфанову, А.И. Удалову (госпитальная хирургия).

Терапевтические направления Северной медицинской школы развивались параллельно и во взаимосвязи с хирургическими. Одной из самых крупных стала школа кафедры факультетской терапии профессоров А.И. Миркина – Т.Н. Ивановой. Представитель Казанской медицинской школы, в годы Гражданской войны А.И. Миркин воевал в Чапаевской дивизии, а в годы Великой Отечественной был главным терапевтом Архангельского военного округа, консультантом военных госпиталей. Прославила школу кафедры его ученица, профессор **Татьяна Николаевна Иванова** (1926 – 2016), удо-

стоенная почетного звания «Достояние Севера». Первые исследования в области кардиологии Т.Н. Иванова провела вскоре после окончания Великой Отечественной войны с освоения работы трофейного электрокардиографа и внедрения метода электрокардиографии в практику архангельских лечебных учреждений. В 1964 г. впервые в Архангельске и регионе (вместе с хирургом Л.А. Смольниковым) Т.Н. Иванова успешно применила метод электродефибриляции для спасения жизни пациента с желудочковой тахикардией на фоне острого инфаркта миокарда, что послужило началом развития в регионе службы кардиореанимации. В течение многих лет Т.Н. Иванова изучала особенности клиники острых и хронических болезней сердца у северян. При содействии Архангельского ОЗО, руководства Городской больницы скорой помощи №1 (главный врач – народный врач СССР Е.Е. Волосевич) по инициативе и при непосредственном участии Т.Н. Ивановой и ее учеников в Архангельске была создана единая кардиологическая служба, включающая догоспитальный (скоропомощный) этап, стационарное, санаторно-курортное и кардиохирургическое лечение сердечных больных, амбулаторное наблюдение за ними. Одним из успешно вылеченных ею больных был народный артист СССР Е.А. Евстигнеев (1926 – 1992), перенесший инфаркт миокарда на гастролях в Архангельске и успешно пролеченный в клинике Т.Н. Ивановой.

В течение 20 лет Т.Н. Иванова возглавляла Областное научное общество терапевтов, состояла членом Правлений Всесоюзного и Всероссийского обществ терапевтов. С 1993 г. в Архангельске успешно проводятся операции реваскуляризации миокарда, протезирования клапанов сердца, коррекция врожденных пороков (И.И. Чернов, А.Н. Шонбин), начатые в том числе и по инициативе Т.Н. Ивановой. В настоящее время на многих кафедрах СГМУ терапевтического профиля и смежных специальностей трудятся профессора, доценты и ассистенты – ученики А.И. Миркина и Т.Н. Ивановой: Н.Ф. Архипова, Е.А. Губарец, Т.В. Дворяшина, Е.Л. Дроздович, Т.А. Зыкова, Н.С. Иванова, С.П. Корытов, З.И. Кошева, К.Ю. Кривонкин, С.А. Латухина, И.Ф. Литова, А.О. Марьяндышев, О.А. Миролюбова, А.А. Нестерова, А.А. Парыгин, А.В. Пятков, Е.П. Рухлова, А.В. Семенов, Р.А. Славина, М.Г. Спасенникова, Э.Е. Хромцова, А.Р. Шевченко, Г.Д. Юрьева. Основное научное направление кафедры – изучение особенностей кардиологических, ревматологических, пульмонологических, гастроэнтерологических и эндокринологических болезней у жителей Севера. Особой гордостью школы являются десятки практических врачей, прошедших усовершенствование по кардиологии под руководством Т.Н. Ивановой и ее учеников и работающих сегодня во всех уголках Архангельской области и нашей страны.

Базирующаяся в Северном клиническом медицинском центре (СКМЦ) им. Н.А. Семашко ФМБА (б. Северная Центральная бассейновая клиниче-

ская больница им. Н.А. Семашко МЗ РСФСР) школа кафедры пропедевтики внутренних болезней профессоров Н.Ф. Архиповой – М.И. Слуцкого – В.В. Попова продолжает традиции изучения болезней моряков и рыбаков Севера. Крупным вкладом в проблему стало выпущенное представителями этой школы «Руководство по морской медицине» (Архангельск, 1998), автором 6 глав которого является директор СМНЦ, профессор Е.В. Казакевич, член Международной морской медицинской ассоциации (ИМНА).

Традиции Северной медицинской школы, начиная с 1936 г., поддерживает и школа кафедры госпитальной терапии АМИ – АГМИ – АГМА – СГМУ (ныне кафедра госпитальной терапии и эндокринологии), нацеленная на разработку новых трендов в клинике внутренних болезней. Создатель кафедры и первых ее научных направлений (в частности, лечение авитаминозов у северян препаратами из местных сырьевых источников), профессор Н.Н. Дьяков был основателем и первым председателем Областного научного общества терапевтов. Ощутимый след в истории кафедры оставили представители ленинградской терапевтической школы Г.Ф. Ланга, профессора А.А. Кедров, Ф.М. Василевская и М.Б. Тартаковский, заложившие основы кардиологического направления научных исследований кафедры. В дальнейшем школа этой кафедры, помимо вопросов краевой патологии, разрабатывала вопросы гематологии, ревматологии, гастроэнтерологии, эндокринологии, нефрологии, кардиологии с изучением их региональных особенностей. Среди ее представителей – крупные терапевты Севера, профессора и доценты, доктора и кандидаты медицинских наук Н.И. Аверина, С.О. Аспит, В.П. Вашукова, Р.Н. Власова, Н.Ф. Заеко, Н.Н. Карышева, О.Ф. Колодкина, Л.В. Коровкина, Н.Н. Нутрихина, Е.Н. Милейко, М.И. Мочалова, С.И. Мартюшов, И.В. Обухова, Г.С. Одинцова, Н.Г. Пиир, Л.В. Подобедова, В.В. Попов, М.Ю. Рапопорт, А.Г. Сердечная, М.И. Слуцкий, М.П. Смирнова, М.Я. Спивак, М.Б. Тартаковский, Л.В. Титова, Е.Н. Шацова.

Охрана здоровья женщин и детей была одной из основных и важнейших задач молодого советского государства в 30-е годы XX века. Большой вклад в ее выполнение внесли архангельские акушеры-гинекологи, начиная с первого заведующего кафедрой, высланного в Северный Край из Ленинграда профессора **Василия Васильевича Преображенского** (1874 – 1944). Выпускник Императорской Военно-медицинской академии и представитель петербургской научной школы акушеров-гинекологов Д.О. Отта, за короткий срок В.В. Преображенский создал на Севере свою школу акушеров-гинекологов. Впоследствии его ученики с успехом работали в Архангельске и других городах страны. Кафедра акушерства и гинекологии АМИ – АГМИ – АГМА – СГМУ стала центром подготовки врачей специалистов для Европейского Севера РФ, базой внедрения передовых методов диагностики и лечения, охраны здоровья и сохранения репродуктивной функции девочек,

девушек и женщин-северянок. Прямой ученицей В.В. Преображенского была Ф.И. Шарапова из первого выпуска врачей АГМИ. В настоящее время школу В.В. Преображенского – Ф.И. Шараповой продолжает заведующий кафедрой акушерства и гинекологии СГМУ профессор А.Н. Баранов.

До начала 1960-х годов АГМИ выпускал врачей-лечебников трех основных специальностей – хирургов, терапевтов и акушеров-гинекологов, прошедших соответственно все выше перечисленные научные школы и так или иначе впитавшие их основные требования и особенности. Весной 1958 г. в АГМИ был открыт стоматологический факультет. Становление нового факультета проходило в трудных условиях: дефицит кадров преподавателей-стоматологов, недостаточное количество клинических баз, учебных аудиторий, стоматологического оборудования. Работу по организации факультета возглавил доцент И.В. Вишневицкий. При его активном участии в 1960 г. были созданы три стоматологические кафедры. Их возглавили: В.М. Куканов (терапевтическая стоматология), Л.Н. Кафтасьева (ортопедическая стоматология), И.В. Вишневицкий (хирургическая стоматология). Первыми преподавателями стали лучшие врачи-стоматологи Архангельска: В.В. Бровкина, П.Г. Князева, Л.И. Турикова, Т.Н. Макейчиева, Э.И. Старикова, К.А. Малкова и А.М. Кадиевский. Для развертывания клинической и научной работы на факультете в Архангельск были приглашены профессора-стоматологи Я.М. Збарж и А.Н. Ярошенко. Они заложили основы новых направлений в стоматологии Севера и вырастили своих преемников. Так, первые выпускники стоматологического факультета АГМИ, ставшие почетными профессорами СГМУ **Владимир Павлович Зеновский** и **Станислав Николаевич Федотов** стали основателями научных школ в области терапевтической и хирургической стоматологии с акцентом на региональные особенности стоматологической патологии.

В 1979 г. в АГМИ был открыт третий, педиатрический факультет, для изучения заболеваний и лечения маленьких северян. У истоков практически всех кафедр этого факультета стояла в течение многих лет заведовавшая кафедрой детских болезней АГМИ, почетный гражданин Архангельска, профессор **Мария Владимировна Пиккель** (1911 – 2008). В годы Великой Отечественной войны она изучала проявления, способы профилактики и лечения авитоминоза D (рахит) у детей-дистрофиков. Одним из способов, разработанных М.В. Пиккель и ее сотрудниками, стала профилактика рахита рыбьим жиром, который заготавливали из добытой рыбаками Севера рыбы тресковых пород. С помощью этого простого метода от болезней и смерти в условиях голода и холода были спасены тысячи малышей. В 1950-е годы М.В. Пиккель занялась исследованием туберкулезного менингита, который был тяжелейшей краевой проблемой того времени и относился к смертельным заболеваниям. Результаты проведенных исследований она обобщила в докторской диссертации и стала первой женщиной-профессо-

ром среди выпускников АГМИ. Сегодня туберкулезный менингит в Архангельской области встречается эпизодически. Огромная заслуга кафедры педиатрии АГМИ и лично М.В. Пиккель в победе над этой болезнью. В 1965 г. М.В. Пиккель возглавила кафедру детских болезней АГМИ. Помимо создания педиатрического факультета с ее именем связано открытие в 1972 г. в Архангельске многопрофильной Областной детской клинической больницы (ОДКБ) и, как следствие – педиатрического факультета. В настоящее время больница и факультет функционируют как единый клиничко-научно-педагогический комплекс, осуществляющий совместную деятельность по подготовке педиатров, изучению современных форм краевой детской патологии, их проявление, течение и лечение. В 1979 г. на новом факультете началось преподавание педиатрии. К тому времени динамично развивающаяся кафедра детских болезней под руководством М.В. Пиккель уже сформировалась как многопрофильная. На ней преподавались все основные разделы педиатрии: пропедевтическая, факультетская и госпитальная педиатрия, субординатура по педиатрии; сложились и выделились курсы преподавания детских инфекций и неонатологии. Кафедра М.В. Пиккель стала базой образования профильных кафедр факультета. Профессора В.И. Макарова, О.В. Самодова, Е.Н. Сибилева, В.А. Терновская, Л.В. Титова, Г.Н. Чумакова и др., включая профессора С.И. Малявскую, возглавляющую сегодня кафедру педиатрии, продолжают дело учителя, охраняя здоровье маленьких поморов.

Лучшие традиции профессора М.В. Пиккель по охране здоровья детей продолжил детский хирург, заслуженный врач РФ, почетный гражданин Архангельска, профессор **Валерий Александрович Кудрявцев** (1941 – 2000) – организатор службы хирургической помощи детям в Архангельской области и научно-практической школы детских хирургов на Европейском Севере России. Именно В.А. Кудрявцев был организатором и первым главным врачом Архангельской ОДКБ им. П.Г. Выжлецова, одним из создателей (совм. с М.В. Пиккель) и первым деканом педиатрического факультета АГМИ, первым заведующим кафедрой детской хирургии. Его ученики в звании профессоров и доцентов продолжают трудиться в клиниках по всему миру, продолжая педиатрическую школу В.А. Кудрявцева. Среди них – заслуженный врач РФ, профессор Н.Д. Ширяев, заведующий кафедрой детской хирургии СГМУ, профессор И.А. Турабов и многие др.

В 1982 г. за заслуги в подготовке медицинских кадров для Европейского Севера стран и в связи с 50-летием АГМИ был награжден орденом Трудового Красного Знамени. В 1994 г. он был реорганизован в Архангельскую государственную медицинскую академию (АГМА), а в 2000 г. – в Северный государственный медицинский университет (СГМУ). Сегодня, в октябре 2017 г., в канун своего 85-летия, под руководством ректора – выпускницы АГМИ, детского стоматолога, профессора **Любови Николаевны Горбато-**

вой СГМУ является центром развития на Европейском Севере страны различных направлений современной медицины. Однако по-прежнему наиболее приоритетными из них являются регионарные: медико-экологические аспекты состояния и охраны здоровья населения Севера всех возрастов, включая детей и стариков, современные вопросы полярной и морской медицины, здоровье матери и ребенка на Севере, разработка проблем обеспечения безопасности в чрезвычайных ситуациях арктического климата, охраны психического здоровья северян, организация медико-социальной (профилактической) помощи населению Арктической зоны РФ, а также разработка новых методов лечебно-профилактической помощи с учетом климатических условий региона. Особенно актуальным это стало в связи с пристальным вниманием руководства России к Арктике и ее природным богатствам, главным из которых являются живущие и работающие здесь люди.

История Северной научной медицинской школы продолжается.

Авторы благодарят заслуженного врача РФ, доцента В.П. Рехачева за материалы о хирургических школах АМИ – АГМИ – АГМА – СГМУ.

Литература:

1. Агафонов Ю.В. и др. Педиатрический факультет АГМИ – АГМА – СГМУ. Архангельск, 2002.
2. Андреева А.В. и др. Преображенский Василий Васильевич // Журнал акушерства и женских болезней. 2014; 5: 96 – 100.
3. Бородулин В.И., Глянцев С.П. Наши подходы к изучению проблемы научных клинических школ в России // *Historiae medicinae scriptorium Rossicorum Opera Medica Historica / Российских историков медицины Труды по истории медицины: Альманах. Том 1. М.: РОИМ, 2016: 222 – 228.*
4. Бычихин Н.П. и др. Самый северный медицинский. 2-е изд., доп. и перераб. Архангельск, 1997.
5. Глянцев С.П. Научная школа профессора Г. А. Орлова и ее влияние на развитие клинической медицины Европейского Севера России. Экология человека. 2002; 2: 3 – 5.
6. Глянцев С.П., Андреева А.В. (авт.-сост.) Дело ее жизни. К 85-летию со дня рождения профессора Т.Н. Ивановой. Архангельск, 2011.
7. Глянцев С.П., Андреева А.В., Чецкая Г.Б. Святитель Лука (Войно-Ясенецкий) в Северном крае. Архангельск, 2012.
8. Глянцев С.П., Андреева А.В., Шкуратова Е.А. Профессор М.В. Алферов (1883 – 1941). Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2009; 168(5): 81 – 83.
9. Дитятев В.И., Корытов С.П. Лечебный факультет АГМИ – АГМА – СГМУ. Архангельск, 2002.
10. Зеновский В.П. и др. Стоматологический факультет АГМИ – АГМА – СГМУ. Архангельск, 2002.
11. Зубов Л.А., Андреева А.В. (авт.-сост.) Мое святое ремесло. К 100-летию со дня рождения профессора М.В. Пиккель. Архангельск, 2011.
12. Меньшикова Л.И., Андреева А.В. (авт.-сост.) Свет его звезды. Памяти профессора В.А. Кудрявцева. Архангельск: СГМУ, 2016.

13. Сидоров П.И., Щуров Г.С. Доморошенова Л.Г. Северная медицинская школа. К 75-летию АГМИ – АГМА – СГМУ. – Архангельск, 2007.
14. Сидоров П.И., Щуров Г.С. Медицинский образовательный и научный центр Европейского Севера России. В 2 т. Архангельск, 2002.
15. Терапевтические кафедры Северного государственного медицинского университета. Архангельск, 2002.
16. Хирургические кафедры Северного государственного медицинского университета. Архангельск, 2002.
17. Щуров Г.С. Профессора Северного государственного медицинского университета в 2000 году. Архангельск, 2001.
18. Щуров Г.С., Глянцев С.П. Профессор Н.П. Бычихин (К 70-летию со дня рождения). Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 1997; 9: 64 – 65.
19. Юбилейные и памятные даты медицины и здравоохранения Архангельской области на 2011 г. / сост.: А.В. Андреева, А.А. Богоява. Архангельск, 2011.
20. Юбилейные и памятные даты медицины и здравоохранения Архангельской области на 2012 г. / сост.: А.В. Андреева. Архангельск, 2012.
21. Юбилейные и памятные даты медицины и здравоохранения Архангельской области на 2013 г. / сост.: А.В. Андреева, М.Г. Чирцова. Архангельск, 2013.
22. Юбилейные и памятные даты медицины и здравоохранения Архангельской области на 2014 г. в 2 т. Т. 1 / сост.: А.В. Андреева, М.Г. Чирцова. Архангельск, 2014.
23. Юбилейные и памятные даты медицины и здравоохранения Архангельской области на 2015 г. в 2 т. Т. 1 / А.В. Андреева, М.Г. Чирцова, Г.О. Самбуров. Архангельск, 2015.

НАУЧНАЯ ШКОЛА ПРОФЕССОРА С.П. БОТКИНА

А.С. Вершинин, О.А. Бонева

*Национальный медицинский исследовательский центр
имени В.А. Алмазова, Санкт-Петербург*

SCIENTIFIC SCHOOL OF PROFESSOR S.P. BOTKIN

A.S. Vershinin, O.A. Boneva

National medical research center named after V. A. Almazov, Saint-Petersburg

Аннотация: статья посвящена формированию профессором Сергеем Петровичем Боткиным в Петербурге научной медицинской школы, ее развитию в масштабах российских регионов, его заслугам в развитии различных отраслей медицины. В статье отмечается, как формировались научные школы, дано определение научной школы, приведены биографические сведения С.П. Боткина.

Ключевые слова: научная школа, С.П. Боткин, физиологическое направление, экспериментальный метод, заслуги в клинике внутренних болезней, заслуги в области инфекционных болезней.

Annotation: The article is devoted to the formation of a scientific medical school by Professor Sergey Petrovich Botkin in St. Petersburg, its development in

the scales of Russian regions, his merits in the development of various branches of medicine. The article notes how scientific schools were formed, the definition of a scientific school was given, biographical information of SP was given. Botkin.

Key words: scientific school, S.P. Botkin, physiological direction, experimental method, merit in the field of internal diseases, merits in the field of infectious diseases.

Развитие медицины в XXI веке в условиях бурного развития всех сторон жизни человека невозможно без современной науки и активного внедрения ее достижений в практическое здравоохранение. Важную роль в этом процессе играют научные школы. История медицины свидетельствует, что научные школы сыграли большую положительную роль в решении узловых проблем науки и в подготовке высококвалифицированных, творчески работающих кадров [10].

Исторически научные школы возникли еще в античной Греции из обычной школы как формы передачи знаний от поколения к поколению через учеников – как стихийно, так и целенаправленно. Такие научные школы возникали на базе университетов вокруг ученых-экспериментаторов как «школы экспериментального мастерства» [6].

В начале 20 века научные школы все чаще формируются в научно-исследовательских учреждениях. В «Государственной программе поддержки ведущих научных школ правительства РФ» [5] указано, что понятие «научной школы» употребляют «применительно к относительно небольшому научно-коллективу, объединенному не столько организационными рамками, не только конкретной тематикой, но и общей системой взглядов, идей, интересов, традиций – сохраняющейся, передающейся и развивающейся при смене научных поколений» и выделяются следующие признаки научной школы:

- общность научных интересов представителей школы и научная значимость рассматриваемых проблем;
- уровень научных результатов школы и ее (школы) признание в стране и за рубежом;
- роль научного лидера; стабильность и перспективы школы (преемственность научных поколений, работа с научной молодежью, работа постоянного научного семинара).

Традиционным является подход к рассмотрению научной школы как исторически обусловленной формы организации научной деятельности группы исследователей, поскольку эта деятельность предполагает «производство» не только научных идей, но и «производство» ученых, без чего невозможно сохранение традиций, передача «эстафеты знаний», а тем самым и существование науки в качестве социально-исторической системы. Школы в науке являются неперенным постоянно действующим фактором ее

прогресса. Школы в науке – это явление педагогическое, что определяется самим понятием «школа». Любая научная школа решает проблемы обучения и подготовки учеников и привлечения последователей. Важнейшей формой подготовки ученых и развития науки были и остаются сегодня научные школы (школы в науке) [6].

В энциклопедических словарях [4, 13] «школа» в данном смысле определяется как направление в науке, литературе, искусстве и т. п., связанное единством основных взглядов, общностью или преемственностью принципов и методов. В литературе по научным школам утвердилось деление школ на научные направления и научные коллективы. Так, в общепризнанной классификации научных школ М.Г. Ярошевского [11, 14] различают следующие виды (формы) школ:

1. научно-образовательная школа;
2. школа – исследовательский коллектив;
3. школа – как направление, приобретающее при определенных социально-исторических условиях национальный, а иногда и интернациональный характер.

Научную школу в узком смысле М.Г. Ярошевский называет школой – исследовательским коллективом. Воздействие школы на научное сообщество при определенных обстоятельствах распространяется за пределы непосредственной ее активности, как в пространственном, так и во временном аспекте. И тогда школа приобретает характер особого направления. Во временном аспекте утверждаются некоторые традиции, которые подготавливают новые поколения исследователей.

История медицины свидетельствует, что научные школы сыграли большую положительную роль в решении узловых проблем науки и в подготовке высококвалифицированных, творчески работающих кадров. Создание обширной научной клинической школы – выдающаяся заслуга С. П. Боткина. Академик М. А. Лаврентьев утверждал, что помочь талантливому человеку войти в науку – это для ученого более важное и почетное дело, чем даже крупный собственный научный результат [10].

Боткин Сергей Петрович родился 17 сентября 1832 г. в Москве в зажиточной купеческой семье. Начальное обучение прошел в частном пансионе. В 1850 году поступил на медицинский факультет Московского университета. После окончания учебы Боткин получил звание «лекаря с отличием». В 1855 году учебы получил звание «лекаря с отличием». В 1859 году был приглашен на работу в Военно-медицинскую академию в Санкт-Петербурге [3]. Трудно отметить область медицины, в которой бы не работал С.П. Боткин и не сделал бы выдающиеся открытия. Он впервые в мире прижизненно диагностировал тромбоз воротной вены, установил разницу между гипертрофией и дилатацией сердца, описал артериосклероз и др. [2, 7].

Боткин разрабатывал физиологическое направление в медицине, определяемое тремя связанными между собой принципами [10]. Им был создан союз физиологии и медицины [9].

Из школы С. П. Боткина вышла многочисленная плеяда ученых-клиницистов, специалистов различных профилей, которые, восприняв идеи неврозма, внедрили их в разные отрасли медицины.

За 29 лет профессорской деятельности С. П. Боткин подготовил 103 ординатора, из которых 85 человек защитили диссертации на степень доктора медицины. Более 40 его ученикам было присвоено звание профессора, из них 26 специалистам в области терапии (А. А. Нечаев, М. В. Яновский, М. М. Волков, Н.Я. Чистович и др.) [10, 12].

Из клиники С. П. Боткина вышло 420 научных работников, в том числе более 80 докторских диссертаций. За свою профессорскую деятельность С. П. Боткин выступил 66 раз в качестве официального оппонента, в том числе и по диссертации И. П. Павлова.

Естественно, что одних личных усилий С. П. Боткина было бы недостаточно. На помощь ему приходило умение коллективно решать проблемы, создавать содружество людей, работающих совместно над группой проблем.

Примером успешного сотрудничества ученых двух поколений являются С. П. Боткин и И. П. Павлов. Сопоставление этих двух выдающихся ученых в их подходе к воспитанию кадров позволяет сделать выводы, что для С. П. Боткина характерно было предоставление большой самостоятельности ученикам в смысле выбора

Как педагог, как воспитатель врачей и профессоров С. П. Боткин – личность уникальная в истории отечественной медицины. В воспитании молодого поколения врачей и ученых он шел своим путем. Он неоднократно высказывался о медицинском воспитании и образовании, излагал свои требования и неуклонно им следовал.

Большую роль сыграло умение С.П. Боткина воспитывать молодежь, начинающих свой творческий путь врачей, помочь им выбрать свою дорогу, привлекая их к разработке тех идей, за которые он боролся. Он обладал особой способностью, особым талантом привлекать к себе молодых врачей, заинтересовывать их работой, давать им определенную направленность.

Исследователи неоднократно отмечали благоприятные условия, в которых возникла и успешно развивалась школа Боткина. Но следует все же подчеркнуть, что С. П. Боткин умел заставлять обстоятельства служить себе, умел создавать условия и обстановку, способствующие достижению его целей.

Рассматривая деятельность С. П. Боткина в клинике, можно заметить, что она была необычайно успешной и плодотворной прежде всего потому, что уже с самого начала базировалась на единой концепции, на глубоко

продуманном внимании к законам развития медицины и ее потребностям на новом этапе.

Успешное начало имело и успешное продолжение уже не в деятельности самого Боткина, а в деятельности большой когорты его учеников, которая сформировалась вокруг своего учителя. Десятки и сотни врачей учились в его клинике, многие его ученики занимали впоследствии кафедры в разных концах нашей страны и несли идеи Боткина во все университеты и больницы. Ярким свидетельством этого может служить содружество С. П. Боткина и И. П. Павлова.

В этом взаимодействии поколений, в этой взаимной помощи и сотрудничестве ученик иногда не только превосходил своего учителя, но и учитель сам в свою очередь становился учеником. Так, при праздновании 25-летнего юбилея профессорской деятельности С. П. Боткина физиолог И. Т. Глебов приветствовал его как «бывший учитель и настоящий ученик».

Почти в течение трех десятилетий заведовал С. П. Боткин кафедрой в Военно-медицинской академии, где создал обширную клиническую, школу учеников-единомышленников, притом не только терапевтов, но и специалистов в области других медицинских дисциплин. Н. А. Белоголовый писал, что при неутомимой деятельности профессора для клиники наступила новая жизнь. Молодые, способные ученики сгруппировались вокруг него и, увлекаемые его личным примером, горячо отдавались работе. Решающую роль при этом сыграли общественные условия – тот общественный подъем, который охватил страну. С большой убедительностью им было показано, как с помощью продуманной концепции можно вести плодотворную научную и педагогическую работу в самых различных областях науки.

Уже в самом начале своей деятельности он сумел окружить себя единомышленниками, привлек к своей работе тех, кто разделял его взгляды, старался создать атмосферу, при которой коллектив делал в сущности одно дело.

Усвоив его метод исследования больных, взяв на вооружение лабораторные исследования, они развивали принципы экспериментальной медицины и продолжали дело, начатое С. П. Боткиным.

В историко-медицинской литературе достаточно часто встречается невнимание к истории школ и проблеме «учитель – ученик». Ведь нередко ученики разъясняют роль их учителя в науке и показывают истинное значение его открытий. Бывает, что только в трудах учеников раскрывается все величие научного наследия учителя.

«Ученик это не сосуд, который надо наполнить, а факел, который нужно зажечь», – говорили в древности. Слова И. П. Павлова о том, что

он понимает под нервизмом и его слова уважения и благодарности, обращенные к С.П. Боткину, показывают, как рассматривал великий русский ученый взаимоотношения между учеником и учителем. Ученик должен не только подражать учителю, не только следовать ему, но и противопоставлять себя ему, пытаясь превзойти его, стремиться сделать больше, чем он в науке.

Превзойти учителя, утверждал В.Г. Белинский, ученик может лишь в том случае, если он видит в нем соперника. Ты не мастер, если твой ученик тебя не превзошел, – говорит восточная мудрость.

История медицины подтверждает правильность этой точки зрения – выдающиеся мастера медицины, как правило, воспитывали выдающихся учеников. Они удесятерили успехи учителя, играли большую, нередко ведущую роль в решении узловых проблем науки.

Для С.П. Боткина характерно было предоставление большой самостоятельности ученикам в смысле выбора не только темы, но даже выбора дисциплины, в которой они должны были специализироваться. Для И.П. Павлова было важно целеустремленно, всем коллективом разрабатывать то направление, которое вытекало из его рефлекторной теории.

В последние годы стал закономерным интерес советских медиков к коллективной работе, повысилась ее продуктивность. Коллективность стала залогом успеха в решении крупных медицинских проблем. Именно потому, что проблемы становятся все более трудными, усилия специалиста какого-либо одного профиля недостаточны. В последнее время широко распространены научные исследования, которые ведутся коллективом специалистов разных профилей. В этом плане представляет интерес изучение опыта С.П. Боткина.

Особо следует отметить педагогическое мастерство С.П. Боткина, его большую требовательность к ученикам. Он требовал, чтобы врачи и научные работники много читали. При практических занятиях чрезвычайно полезно чтение брошюр и монографий, относящихся к тем случаям, которые подлежат наблюдению в данное время».

Трудно перечислить всех клиницистов, которые сами считали себя учениками С.П. Боткина. Если не быть слишком строгим, то можно сказать, что под его влиянием были все медики России.

Среди советских ученых, которые приложили немало усилий для развития идей С.П. Боткина в медицине, особое место занимают В.П. Образцов, Н.Д. Стражеско, С.С. Зимницкий, Ф.Г. Яновский, М.П. Кончаловский, Г.Ф. Ланг, А.Л. Мясников, Н.А. Куршаков.

Обращает на себя внимание большое разнообразие индивидуальностей среди тех, кого мы имеем право именовать последователями С.П. Боткина. При всем их различии для них характерно одно общее –

верность тем принципам, которые обосновывал их учитель, творческое их применение в самых различных медицинских дисциплинах.

Значение клиники С.П. Боткина в том, что она воспитывала деятелей нового направления в смысле понимания коренных задач медицины и здравоохранения в России. Развитие всей русской медицины во второй половине XIX века прошло под влиянием учения С.П. Боткина.

Уже в самом начале своей деятельности он сумел окружить себя единомышленниками, привлек к своей работе тех, кто разделял его взгляды, старался создать атмосферу, при которой коллектив делал в сущности одно дело.

В историко-медицинской литературе достаточно часто встречается невнимание к истории школ и проблеме «учитель – ученик». Иногда проблему истории школ сводят к биографии ученого, забывая о тех, кто способствовал формированию его мировоззрения, а также тех, кто, находясь под его влиянием, продолжил его дело. Ведь нередко ученики разъясняют роль их учителя в науке и показывают истинное значение его открытий. Бывает, что только в трудах учеников раскрывается все величие научного наследия учителя.

За 29 лет профессорской деятельности С.П. Боткин подготовил 103 ординатора, из которых 85 человек защитили диссертации на степень доктора медицины. Более 40 его ученикам было присвоено звание профессора, из них 26 специалистам в области терапии (А.А. Нечаев, М.В. Яновский, М.М. Волков, Н.Я. Чистович и др.).

Из клиники С.П. Боткина вышло 420 научных работников, в том числе более 80 докторских диссертаций. За свою профессорскую деятельность С.П. Боткин выступил 66 раз в качестве официального оппонента, в том числе и по диссертации И.П. Павлова.

Естественно, что одних личных усилий С.П. Боткина было бы недостаточно. На помощь ему приходило умение коллективно решать проблемы, создавать содружество людей, работающих совместно над группой проблем.

Примером успешного сотрудничества ученых двух поколений являются С.П. Боткин и И.П. Павлов. Сопоставление этих двух выдающихся ученых в их подходе к воспитанию кадров позволяет сделать выводы, что для С.П. Боткина характерно было предоставление большой самостоятельности ученикам в смысле выбора не только темы, но даже выбора дисциплины, в которой они должны были специализироваться.

В последние годы стал закономерным интерес советских медиков к коллективной работе, повысилась ее продуктивность. Коллективность стала залогом успеха в решении крупных медицинских проблем. Именно потому, что проблемы становятся все более трудными, усилия специалиста какого-либо одного профиля недостаточны. В последнее время широко распространены научные исследования, которые ведутся коллективом специалистов разных профилей. В этом плане представляет интерес изучение опыта С.П. Боткина.

Особо следует отметить педагогическое мастерство С.П. Боткина, его большую требовательность к ученикам. Он требовал, чтобы врачи и научные работники много читали. Уменьше пользоваться литературой, уменьше останавливаться на существенном развивается путем опыта, предполагая при этом известную степень развития, приобретенную путем изучения наилучших руководств по различным отраслям знания.

Развитие всей русской медицины во второй половине XIX века прошло под влиянием учения С.П. Боткина [10]. Многие новые дисциплины, выделившиеся из клиники внутренних болезней, были разработаны его учениками.

Понятие «школа Боткина» значительно шире, чем представление о той группе врачей и ученых, которые были воспитаны выдающимся клиницистом и работали вместе с ним [8]. Влияние С.П. Боткина и его идей испытывали все медики Военно-медицинской академии, все врачи Петербурга, все клиники России.

Усвоив его метод исследования больных, взяв на вооружение лабораторные исследования, они развивали принципы экспериментальной медицины и продолжали дело, начатое С.П. Боткиным.

В историко-медицинской литературе достаточно часто встречается невнимание к истории школ и проблеме «учитель – ученик». Иногда проблему истории школ сводят к биографии ученого, забывая о тех, кто способствовал формированию его мировоззрения, а также тех, кто, находясь под его влиянием, продолжил его дело. Ведь нередко ученики разъясняют роль их учителя в науке и показывают истинное значение его открытий. Бывает, что только в трудах учеников раскрывается все величие научного наследия учителя.

Превзойти учителя, утверждал В. Г. Белинский, ученик может лишь в том случае, если он видит в нем соперника. Ты не мастер, если твой ученик тебя не превзошел, – говорит восточная мудрость.

Для С.П. Боткина характерно было предоставление большой самостоятельности ученикам в смысле выбора не только темы, но даже выбора дисциплины, в которой они должны были специализироваться [10].

В последнее время широко распространены научные исследования, которые ведутся коллективом специалистов разных профилей. В этом плане представляет интерес изучение опыта С.П. Боткина.

Особо следует отметить педагогическое мастерство С.П. Боткина, его большую требовательность к ученикам. Он требовал, чтобы врачи и научные работники много читали. При практических занятиях чрезвычайно полезно чтение брошюр и монографий, относящихся к тем случаям, которые подлежат наблюдению в данное время».

Литература

1. Абаев Ю.К. С.П. Боткин и становление научной клинической1 медицины в России (к 180-летию со дня рождения).
2. Антонов В.Б., Георгиевский А.С., Боткин С.П. и Военно-медицинская академия. – М., 1982. – 125 с.
3. Белоголовый Н.А., С.П. Боткин. Его жизнь и врачебная деятельность. – Спб, 1892. – 80 с.
4. Большая Советская энциклопедия (в 30 т.)/ Гл. Ред. А.М. Прохоров. Изд 3-е. М.: «Советская энциклопедия», 1978. – Т. 29. 1978. – 640 с. (ст. «Школа», «Школа в искусстве» С. 425.).
5. Ведущие научные школы России. Справочник. – М.: Янус-К, 1998. – 624 с.
6. Грезнева О.Ю. Научные школы (педагогический аспект). – М., 2003. – 69 с.
7. Лушников А.Г., Шурыгин Д.Я., Боткин С.П. – БМЭ. 3-е изд. – М.: Изд-во Сов. Энциклопедия, 1976. – Т. 3. – С. 347-349.
8. Нечаев А.А. Значение школы С.П. Боткина и его учеников в развитии русской медицины. // Клиническая медицина, 1957. – № 8. С. 23-28.
9. Нилов Е. Боткин. Серия: Жизнь замечательных людей, – М., 1966. – 160.
10. Петров Б.Д. С.П. Боткин – жизнь и деятельность. – М., 1982. – 140 с.
11. Петровский А.В., Ярошевский М.Г. Основы теоретической психологии. – М.: ИНФРА-М, 1998. – 528 с.
12. Середа Н.Н., К;алягин А.Н., Онучина Е.В., Рожанский А.А., Щербатых Е.В. Сергей Петрович Боткин и его терапевтическая школа (к 175-летию со дня рождения) // Сибирский медицинский журнал. ИГМУ, Иркутск, 2007, Т. 76. – № 8. – С. 81-85.
13. Советский энциклопедический словарь. / Гл. ред. А.М. Прохоров. – Изд. 4-е. – М.: «Советская энциклопедия», 1988. – С. 1523. (ст. «Школа»).
14. Школы в науке: Сборник / Под ред. С.Р. Микулинского, М.Г. Ярошевского, Г. Креба, Г. Штейнера. – М.: Наука, 1977. – 523 с.

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКАЯ ШКОЛА АКАДЕМИКА А.С. ЛОГИНОВА

Е.В. Винницкая

*Московский клинический научно-практический центр им.А.С. Логинова
Департамента здравоохранения города Москвы*

GASTROENTEROLOGICAL SCHOOL OF ACADEMICIAN A.S. LOGINOV

E.V. Vinnitskaya

*Moscow Clinical Scientific and Practical Center A.S. Loginov Department
of Health of Moscow*

Аннотация: статья посвящена гастроэнтерологической школе известного гепатолога академика А.С. Логинова, его отдельным биографическим вехам и основным научным достижениям, а также первым этапам развития института гастроэнтерологии, ныне Московского клинического научно-практического центра им. А.С. Логинова.

Ключевые слова: медицинская школа Логинова, история гепатологии, гастроэнтерологии.

Abstract: This article is dedicated to the gastroenterological school of the famous Russian hepatologist and academic A. S. Loginov, to some of his biographical milestones and major scientific achievements, as well as to the first stages in the development of the former Institute of Gastroenterology, today known as Loginov-Moscow Clinical Scientific Practical Center.

Key words: medical school of Loginov, history of hepatology, history of gastroenterology.

Анатолий Сергеевич Логинов по праву может называться одним из главных основателей отечественной гастроэнтерологической школы.

Яркий и талантливый ученик выдающегося клинициста академика А.Л. Мясникова, он смог перенять, развить и передать своим ученикам и последователям основы клинической русской школы С.П. Боткина, Л.В. Попова, Г.Ф. Ланга.

Талант и целеустремленность А.С. Логинова позволили ему с отличием закончить 1-й ММИ им. И.М. Сеченова, где в дальнейшем на протяжении семи лет он прошел путь от младшего научного сотрудника до заведующего отделением портальной гипертензии и заместителя директора Института терапии АМН СССР. Всесоюзный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии (ВНИИГ) был создан в 1967 г. на базе академической гастроэнтерологической группы Академии медицинских наук СССР, руководимой Героем Социалистического труда, академиком АМН СССР, профессором В.Х. Василенко и кафедры пропедевтики внутренних болезней 1-го ММИ им. И.М. Сеченова. Еще одной составляющей института стало отделение хронических гепатитов и портальной гипертензии НИИ кардиологии им. А.Л. Мясникова АМН СССР, которым руководил профессор А.С. Логинов.

Выбрав главным делом своей жизни науку и врачебную деятельность, Анатолий Сергеевич сделал еще один выбор – он направил все свои силы на развитие мало изученной в то время гепатологии. Прогрессивность и широтамышления, определенная врачебная и исследовательская смелость в использовании и внедрении в практику новых методов позволили вывести отечественную гепатологию уже в 60-е годы по возможностям диагностики и лечения на уровень мировых стандартов.

Начав заниматься гепатологией, Анатолий Сергеевич первым в стране освоил лапароскопию и внедрил ее в практику. Им впервые предложен специальный зонд для внутрисплетных исследований. Данные по лапароскопии терапевтических больных обобщены в известной в России и за рубежом монографии «Лапароскопия в клинике внутренних болезней», опубликованной в 1964 г. и переизданной в 1969 г.

В 1973 году ВНИИГ был реорганизован в Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии (ЦНИИГ) г. Москвы. Закономерно и заслуженно Анатолий Сергеевич возглавил институт, призванный быть центром научных исследований в гастроэнтерологии.

В непростых условиях того времени проявился еще один незаурядный талант Анатолия Сергеевича – талант организатора. Было приложено немало сил и энергии для того, чтобы гастроэнтерология, основы которой были заложены еще А.Л. Мясниковым, продолжены В.Х. Василенко, стала развиваться как самостоятельное направление медицины. Несмотря на слабую материальную базу, отсутствие кадров, за сравнительно короткий срок он смог превратить институт городского подчинения в научное учреждение всесоюзного значения. Особое внимание им уделялось подбору кадров – нужны были энтузиасты, врачи, всецело преданные науке.

Анатолий Сергеевич сумел привлечь на работу в институт перспективных и увлеченных своим делом сотрудников. Основным направлением исследований А.С. Логинова в ЦНИИГ стало изучение патологии печени и желчевыводящих путей, совершенствование методов диагностики и лечения язвенной болезни, хронического панкреатита, заболеваний кишечника. Каждое из отделений института занималось патологией определенного раздела пищеварительного тракта.

Непреложным правилом для каждого врача учреждения было участие в научной работе, осмысление каждого сложного клинического наблюдения.

Стали проводиться еженедельные, построенные по типу мастер-класса клинические разборы, ежегодные научные сессии ЦНИИГ, выступление на которых не мыслилось без представления собственных научных данных. Большое внимание Анатолием Сергеевичем уделялось вопросам деонтологии.

Так создавалась гастроэнтерологическая школа А. С. Логинова.

Любимым научным направлением Анатолия Сергеевича навсегда оставалась гепатология.

Вместе со своими учениками и единомышленниками он разрабатывал клинические, функциональные и морфологические критерии хронических заболеваний печени вирусной и алкогольной этиологии, холестатических заболеваний печени. Большой вклад Логинов и его ученики внесли в разработку и внедрение в клиническую практику сплено-портографии, радионуклидного метода исследования печени, реогепатографии, тепловидения. Уже с 1978 г. была начата разработка ультразвуковой семиотики хронических диффузных заболеваний печени. Под руководством А.С. Логинова был разработан метод культивирования *in vitro* гепатоцитов, полученных в результате биопсии печени. В дальнейшем это позволило предложить методику комплексного цитологического исследования биоптата ткани печени. В созданной Анатолием Сергеевичем лаборатории по изучению соединитель-

ной ткани печени уже в 1974 г. проводились исследования, направленные на определение содержания маркеров фиброза печени (оксипролина и гиалуроновой кислоты) – тестов, которые могли позволить определению степени прогрессирования фиброза печени. А.С. Логинов уделял много внимания иммунологическим методам исследования. Им была создана лаборатория иммунологии, которой заведовала профессор Царегородцева Тамара Михайловна, где определялись иммуноглобулины, аутоантитела, исследовался цитокиновый статус при заболеваниях органов пищеварения. В лаборатории гормонов исследовалась роль гормональных факторов, аденилатциклазной системы и простагландинов в развитии болезней печени и их осложнений. В лаборатории патофизиологии проводились экспериментальные и клинико-экспериментальные исследования по основным проблемам, разрабатываемым в институте.

Анатолий Сергеевич неоднократно достойно представлял нашу страну на многих мировых и европейских конгрессах по терапии и гастроэнтерологии, лично знал многих крупнейших гастроэнтерологов мира. Совместно с зарубежными учеными в рамках ВОЗ А.С. Логинов активно участвовал в создании Международной классификации болезней печени, опубликованной в США.

Абсолютно новым направлением было изучение сочетанной патологии сердечно-сосудистой системы и болезней органов пищеварения в отделении, возглавляемом профессорами И.Е. Сперанской, а затем Л.А. Звенигородской. Учеными отделения пограничных состояний ЦНИИГ и сосудистого отделения Первой Градской больницы под руководством академика АМН СССР В.С. Савельева была подробно изучена клиническая картина хронической ишемической болезни органов пищеварения (ХИБОП). ХИБОП введена в клиническую практику как самостоятельная нозологическая форма, имеющая свою этиологию, патогенез, клиническую картину, разработана тактика лечения, дифференциально-диагностические критерии, рекомендации по терапии.

Отделение заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта возглавил крупный эндоскопист Юрий Васильевич Васильев, тогда еще кандидат медицинских наук, в дальнейшем доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент Академии медико-технических наук, заслуженный врач РФ. Значительный вклад А.С. Логинов и его ученики внесли в развитие проблемы язвенной болезни. А.С. Логинов был инициатором создания и (совместно с академиком РАН, лауреатом Нобелевской премии Н.А. Басовым) использования лазера на парах меди в сочетании с медикаментозными препаратами для лечения длительно незаживающих язв желудка. В институте были разработаны методики проведения прицельной биопсии слизистой оболочки верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, разработана

методика одномоментного применения гастроскопии и цитологического исследования биопсийного материала для ранней диагностики рака желудка, изучены топографические особенности слизистой оболочки культи резецированного желудка выделены стадии эволюции язвы желудка. Были разработаны и внедрены в практику методики остановки кровотечений с помощью электрокоагуляции токами высокой частоты, удаления больших безоаров желудка, склерозирования варикозно расширенных вен пищевода для остановки и профилактики кровотечений.

В дальнейшем в институте активно проводилось изучение роликхеликобактериоза в развитии поражений верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Особенно значительный вклад в этот раздел внесли профессора Л.И. Аруин, Ю.В. Васильев, А.А. Ильченко, И. А. Морозов. Было показано, что *Helicobacter pylori* (Hр) может находиться в слизистой не только в активной форме, но и в, так называемой, дормантной (неактивной) форме, позволяющей переживать экстремальные условия. Сохранившиеся после лечения в дормантном состоянии Hр могут активизироваться и вновь приобретать патогенные черты, что по-видимому является одной из возможных причин, приводящих к рецидиву язвы.

Анатолий Афанасьевич Ильченко один из первых в стране начал заниматься изучением хеликобактера. Впервые в ЦНИИГ совместно с МГУ им. М.В. Ломоносова была применена катодолюминесцентная сканирующая электронная микроскопия для оценки химического состава желчи и желчных камней. А.С. Логинов совместно с А.А. Ильченко, стоявшим во главе отдела патологии желчных путей разработали новую классификацию желчнокаменной болезни (ЖКБ) с выделением предкаменной стадии. Стадия формирования билиарного сладжа была определена как начальная, предкаменная. Получен патент на способ ранней диагностики ЖКБ.

Отделение заболеваний кишечника с 1987 г. возглавил опытный энтеролог профессор Асфольд Иванович Парфенов, который поднял на совершенно новую ступень изучение патологии кишечника. А.С. Логиновым совместно с профессором А.И. Парфеновым было продолжено плодотворное изучение болезней кишечника, способствовавшее значительному улучшению диагностики и лечения. Были изданы получившие широкую известность руководства для врачей, созданные А.И. Парфеновым в 2000 г «Болезни кишечника» (в соавторстве с А.С. Логиновым) и «Энтерология» – в 2002 г.

Лабораторию патоморфологии возглавил крупный отечественный патоморфолог профессор Леонид Иосифович Аруин. В совместной работе был достигнут новый – нозологический уровень диагностики заболеваний тонкой кишки. Вместо устаревших диагнозов «хронический энтерит» и «энтероколит», не имевших этиологической составляющей и в большинстве случаев

неверных по существу, в основу диагностики был положен этиологический фактор. В лаборатории патоморфологии впервые в нашей стране было принято гистохимическое, электрономикроскопическое и иммуноморфологическое изучение эндокринных клеток, продуцирующих гастрин, что существенно расширило представление о патогенезе пептических язв.

Сергеевичем впервые в ЦНИИГ было создано отделение панкреатологии, не имевшее аналогов в мировой практике.

В рентгенологии были разработаны и внедрены такие оригинальные методики, как сочетанная холедуоденография (разработка была удостоена бронзовой медали ВДНХ) и методика исследования тонкой кишки при ее воспалительных и системных поражениях.

Научная школа А.С. Логинова насчитывает 39 докторов и 79 кандидатов медицинских наук из СССР, Болгарии, Вьетнама, Кубы, Польши и Ливана. А.С. Логинов долгие годы являлся председателем Проблемной комиссии по терапии РАМН, возглавлял Проблемную комиссию «Гастроэнтерология».

Личные заслуги А.С. Логинова в организации гастроэнтерологической службы в России несомненны: являясь главным терапевтом Министерства здравоохранения СССР, он активно способствовал созданию специализированной гастроэнтерологической службы в различных регионах страны.

В 1975 г. Анатолий Сергеевич Логинов был избран членом-корреспондентом, а в 1986 году – действительным членом Академии медицинских наук СССР. В 1998 году ему присвоено звание заслуженного деятеля науки России. Анатолий Сергеевич Логинов являлся членом редколлегии журналов «Терапевтический архив», «Вестник РАМН», «Scandinavian Journal of Gastroenterology», «Gastroenterohepatoloski Arhiv» и «Большой медицинской энциклопедии».

А.С. Логинов являлся членом многих зарубежных обществ гастроэнтерологов – Болгарии, Польши, Германии, Чехии, Словакии, членом Международной ассоциации интернистов, был избран действительным членом международной академии Евразии (1994 г.).

За новаторские разработки А.С. Логиновым и его учениками получено более 50 авторских свидетельств. Его участие в международных выставках отмечено золотой медалью общества Пуркинью. Он награжден серебряной и бронзовой медалями ВДНХ, а также многочисленными дипломами и грамотами зарубежных стран. За существенный вклад в развитие экспериментальной и клинической гастроэнтерологии, высочайший профессионализм и деятельность организатора здравоохранения А.С. Логинов награжден орденами «Знак почета», «Октябрьской революции», «Трудового Красного знамени», «Дружбы народов», 5 медалями.

Анатолий Сергеевич не раз говорил о том, что «не получил институт гастроэнтерологии по наследству», но сам Логинов оставил после себя бес-

ценное наследие – клиническую гастроэнтерологическую школу академика Логинова.

Со временем среди новых имен реже стало звучать имя академика Логинова, однако, на ежегодных конференциях и съездах продолжают проводиться Логиновские чтения, где выступают с результатами своих достижений, посвященными памяти врача, ученого и человека его ученики и последователи.

Тем не менее, прошло время и жизнь, как и полагается, все расставила по своим местам. 12 апреля 2017 г. Государственному бюджетному учреждению здравоохранения Московскому клиническому научно-практическому центру Департамента здравоохранения г. Москвы, в составе которого сохранился ЦНИИГ и которому большую часть своей жизни отдал А.С. Логинов, наконец присвоено его имя.

НАУЧНАЯ ШКОЛА ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА Г.М. ЗАРАКОВСКОГО

М. В. Дворников

*Научно-исследовательский испытательный центр
(авиационно-космической медицины и военной эргономики)*

А.А. Меденков

*Научно-техническое общество Института
авиационной и космической медицины*

Т.Б. Нестерович

*Московский авиационный институт
(национальный исследовательский университет)*

SCIENTIFIC SCHOOL OF PSYCHOPHYSIOLOGICAL ANALYSIS OF G. M. ZARAKOVSKII

M.V. Dvornikov

Research Scientific Testing Center (aerospace medicine and military ergonomics)

A.A. Medenkov

Scientific and technical society of the Institute of aviation and space medicine

T.B. Nesterovich

Moscow Aviation Institute (National Research University)

Аннотация: статья посвящена истории становления и активного функционирования отечественной школы психофизиологического анализа профессиональной деятельности человека-оператора. Рассматриваются основные положения анализа и возможности его использования для обоснования предложений по оптимизации алгоритмов работы и преобразования инфор-

мации. Показаны результаты применения метода психофизиологического анализа для оптимизации средств, условий и алгоритмов профессиональной деятельности. Раскрываются потенциальные возможности использования метода в интересах обеспечения психофизиологической надежности человека-оператора.

Ключевые слова: психофизиологический анализ, психология, авиация, космонавтика, надежность деятельности.

Abstract: The article is devoted to the history of formation and active functioning national school psycho-physiological analysis of the professional activity of the human operator. The basic provisions of the analysis and the possibility of its use for substantiation the proposals on optimization algorithms and transform information are explained. The results of the psychophysiological analysis for optimizing algorithms, conditions and professional activity are showed. The potential possibility of using the method in order to ensure the psychophysical reliability of the operator is disclosed.

Key-words: psychophysiological analysis, psychology, aviation, space flight, reliability of activity.

В середине 1960-х гг. центром психофизиологического анализа и разработки методологии реализации его результатов в интересах обеспечения безопасности полетов и повышения эффективности военной авиации стал Государственный научно-исследовательский испытательный институт авиационной и космической медицины. В институте этим занимались в отделе, который в 1967 г. возглавил Г. М. Зараковский, разработавший методологию психофизиологического анализа трудовой деятельности (Зараковский 1966). Со временем под его руководством сформировалась школа психофизиологического анализа как система образования и научной подготовки, с учениками и последователями, использующими системную методологическую платформу для оптимизации средств, алгоритмов и условий операторской деятельности на основе материалов комплексного изучения, обобщения, систематизации и анализа психофизиологических характеристик и закономерностей трудовой деятельности (Дворников 2015).

Отправным положением психофизиологического анализа являлось описание решаемых человеком-оператором задач в виде последовательности действий и операций преобразования информации и осуществления управляющих действий с выделением условий и вероятности их выполнения в зависимости от факторов, значимых для своевременного принятия и реализации эффективных решений (Зараковский 1971). Выделяемые операции и действия по своему содержанию относились к психическим процессам и характеризовали модальность и специфику восприятия информации, ее запоминания, актуализации или представления в складывающейся ситуа-

ции, а также определяли последующую реализацию решений управляющими действиями, сообщениями и распоряжениями. Алгоритмы решения задач и содержание выполняемых действий связывались с закономерностями функционирования органов слуха, зрения, интерорецепции и других анализаторов. Данный подход показал возможность повышения качества операторской деятельности за счет улучшения системы отображения информации и органов управления, средств коммуникации и условий трудовой деятельности и разработки рекомендаций по ограничению сложности и интенсивности труда, распределению функций и автоматизации тех или иных действий и операций (Зараковский 1987). Определение алгоритмов работы и структурирование процессов решения задач позволяло априорно формировать циклограммы деятельности и прогнозировать показатели ее успешности и надежности. Выделение операций и действий оказалось востребованным и в практике подготовки и обучения операторов, формирования у них профессионально важных качеств. Выделенные по результатам психофизиологического анализа специфические или типовые действия и операции структуры деятельности моделировались с помощью различных технических средств обучения, а показатели их выполнения использовались для оценки надежности формирования необходимых навыков и умений и готовности к решению операторских задач (Зараковский 1993). Психофизиологический подход к анализу деятельности сделал возможным учет влияния функционального состояния человека-оператора, как на общие показатели производительности и работоспособности, так и на выполнение отдельных действий и операций, а также на изменение стратегии и тактики информационной подготовки и принятия решения в процессе деятельности, в том числе при воздействии стресс-факторов (Шалимов 2017). Психофизиологический анализ стал основой рассмотрения, оценки и оптимизации методов, средств и алгоритмов отбора, подготовки и контроля профессиональной готовности человека-оператора, а также оценки и управления его функциональным состоянием. В последующем психофизиологический анализ вошел составной частью в методологию комплексного и системного учета человеческого фактора при создании, испытаниях и эксплуатации авиационной и космической техники.

Особенностью психофизиологического анализа алгоритмов решения человеком-оператором задач деятельности была не только декомпозиция процесса преобразования информации, но и идентификация операций, связанных с психофизиологическими закономерностями психической активности человека, характеризующими формирование навыков и умений, механизмов обеспечения их реализации, оценку выполняемых действий на соответствие ожидаемому результату и т.д. Методология такой идентификации вытекала из представлений о том, что структура психики не

сводится к выделению сознательного и бессознательного, когнитивных, коммуникативных и регулятивных функций и психических процессов, состояний и качеств личности. Активность человека-оператора представлялась результатом функционирования физиологической, психофизиологической и психологической составляющих во всех аспектах их взаимосвязи и взаимозависимости. При этом физиологическая составляющая, реализующая функции жизнеобеспечения, пластического и энергетического обеспечения, нейроэндокринной регуляции, адаптации, реабилитации и протекание процессов функционирования систем, органов и иных морфологических структур организма, рассматривалась в качестве основы психофизиологической и психологической составляющих активности. Это определялось ее связью с состояниями утомления, переутомления, восстановления и реабилитации, а также с изменениями функциональных возможностей организма, его сердечно-сосудистой системы и психоэмоционального состояния человека при воздействии различных факторов и условий. Снижение в этих случаях функциональной надежности человека-оператора во многом связано с изменением психофизиологических характеристик органов чувств, идентификации, различения и дифференциации релевантной информации.

Выделение психофизиологической составляющей активности человека-оператора в теории психофизиологического анализа и оптимизации структуры, средств и условий профессиональной деятельности играло важную роль в учете не только информационных преобразований в алгоритмах решения оператором задач деятельности, но и психофизиологических характеристик и возможностей переработки информации и принятия решений в тех или иных условиях и обстоятельствах. При этом учитываются положения и закономерности теории ощущений, психофизики восприятия информационных сигналов, их идентификации и опознания. Однако принципиально важными становятся теоретические положения психофизиологического анализа о формировании, структуре и алгоритмах преобразования информации для достижения целей деятельности. Основу этих положений составляют результаты психофизиологических исследований формирования энграмм, связывающих морфологические структуры анализаторов, через которые поступает релевантная информация, и интегрирующих ее в интересах выбора вариантов решений и действий с учетом условий и обстоятельств их реализации. Интеграция, включающая не только обобщение, сравнение, классификацию, отнесение, оценку и другие операции и преобразования одно- и много-модальной информации и осуществляемая первоначально в процессе обучения и освоения профессии на понятийном уровне, в последующем в результате тренировок может реализоваться на допонятийном уровне. И этот переход обеспечивается формированием соответствующих энграмм в морфологиче-

ских или близким к ним структурах докоркового уровня функционирования. Во время обучения алгоритмы работы (действия, операции), формируемые на понятийном уровне, со временем начинают реализовываться на допонятийном уровне и без актуализации в фокусе сознания. В связи с этим в целях достижения профессиональной надежности операторской деятельности в части ее психофизиологического обеспечения представлялись важными следующие положения. С одной стороны функциональную готовность необходимо оценивать с помощью методов, средств и приемов, характеризующих выполнение преобразований информации при подготовке и принятии решения на допонятийном уровне. Прежде всего, это касается действий в экстремальных ситуациях и условиях, когда промедление с их выполнением может иметь нежелательные последствия. С другой стороны, в ряде случаев реализация алгоритма действий и операций должна быть адаптивной к включению информации, требующей уточнения или корректировки их реализации. Это означает необходимость сознательного контроля выполняемых действий и операций. При многолетнем опыте работы способность к такому контролю снижается, и это нередко становится причиной ошибочных и несвоевременных действий. В связи с этим независимо от квалификации, стажа, опыта работы необходимы периодические тренировки для актуализации способности и готовности к сознательному контролю действий с учетом действия внезапных факторов, требующих изменения алгоритма работы. При этом следует иметь в виду, что ряд операций и действий, в частности, характерных для визуального мышления, не всеми могут выполняться на допонятийном уровне. И это обстоятельство является основанием для разработки и использования соответствующих методов оценки способностей к визуальному мышлению и отбора лиц для работы по специальности, предъявляющей такие требования.

Важность изучения, анализа и оценки взаимосвязей понятийного и допонятийного мышления в процессе операторской деятельности во многом объясняется тем, что в процессе работы и воздействия внешних факторов или условий функциональное состояние человека-оператора изменяется. И эти изменения влияют на его способности самоконтроля и самооценки состояния, своей работоспособности и надежности деятельности. Все это относится к психологической составляющей и выделению в ее структуре аспектов психической активности, связанных с поведением, взаимоотношением с окружающими, групповой деятельностью, самоутверждением, самооценкой и отношением к окружающим и обществу. Эти аспекты психологической составляющей формируются и корректируются на всех этапах жизни, в семье, в процессе учебы и трудовой деятельности.

Научная школа Г.М. Зараковского функционировала как образовательный центр подготовки специалистов высшей квалификации, исследова-

тельский коллектив, осуществляющий под единым руководством научные разработки и изыскания и как научное направление по учету психофизиологических характеристик и возможностей человека в интересах обеспечения профессиональной надежности летного состава и космонавтов и повышения безопасности полетов (Меденков 2005).

В качестве образовательного центра в школе Г. М. Зараковского формировался коллектив известных специалистов и исследователей в области авиационной медицины, психологии труда и психофизиологии: В. А. Бодров, М. М. Власова, Н. Д. Завалова, М. И. Клевцов, В. И. Копанев, В. А. Пономаренко, Л. С. Хачатурьянц. В отделе успешно работали А. Ю. Бакулов, И. Е. Дорошенко, А. В. Евдокимов, В. Д. Левченко, А. В. Лекарев, О. А. Логунова, А. А. Малофеев, В. П. Нехорошев, М. В. Поляков, О. Н. Рыбников, С. Л. Рысакова, В. М. Хроленко, Г. Е. Щербаченко и другие известные специалисты в области эргономики, психологии и авиационной медицины. Экспериментальные и экспертные исследования проводили или обеспечивали В. Д. Васюта, Н. М. Михайлин, А. Е. Музалевский, Г. И. Неверов, Н. Н. Соловьев, К. А. Чернов, Г. Я. Чугунов и другие. Под руководством Г. М. Зараковского защитили кандидатские диссертации О. Т. Балугев, В. Ф. Волохов, А. А. Меденков, А. А. Поспелов, Ю. И. Приемский, В. И. Савченко, А. Н. Сапегин, В. П. Ступницкий, П. С. Турзин, В. А. Чичкин и др.

В качестве внешних соискателей и учеников Г. М. Зараковского защитили диссертации Э. И. Волченков, А. В. Воробьев, А. С. Гозулов, Е. К. Казакова, Е. А. Кудрина, В. И. Лазуткин, В. Д. Магазанник, Г. С. Погосян, Н. А. Полестерова, В. А. Протасов, Н. А. Разыграева, В. А. Саламатов, Г. Б. Степанова, Е. Н. Тимошенко, А. М. Тиньков, Э. Ф. Хворикова, В. Б. Челпанов, А. В. Шевяков и др.

В дальнейшем докторами наук стали такие ученики и сотрудники Г. М. Зараковского как О. Т. Балугев, М. М. Власова, А. Н. Глушко, В. И. Даниляк, В. Д. Магазанник, А. А. Меденков, М. В. Поляков, О. Н. Рыбников, П. С. Турзин, С. И. Филиппченкова. О широкой научно-образовательной направленности школы Г. М. Зараковского говорит тот факт, что наряду с диссертациями по проблемам авиационной, космической и морской медицине, под его руководством защищались диссертации по психологии труда в особых условиях, на соискание ученых степеней кандидатов технических, философских и биологических наук.

В свою очередь сотрудники, ученики и продолжатели дела Г. М. Зараковского также активно занимались подготовкой специалистов и исследователей, передавали и распространяли накопленный опыт учета человеческого фактора на основе материалов психофизиологического анализа структуры, алгоритмов и условий профессиональной деятельности летного состава, авиационных специалистов и космонавтов. Они руководили подготовкой

своими учениками диссертаций к защите, читали лекции на курсах повышения квалификации руководящих работников министерств оборонной промышленности, в научно-исследовательских институтах и испытательных центрах.

В качестве исследовательской школа Г. М. Зараковского занималась не только разработкой методологии психофизиологического анализа деятельности летного состава, авиационных специалистов и космонавтов, обобщением и систематизацией результатов исследований психофизиологических характеристик и возможностей человека, но и разработкой методов учета этих данных в процессе проектирования и эксплуатации авиационной и космической техники. Методология психофизиологического анализа операторской деятельности обеспечивала формирование целостных представлений о поведении и функциональных возможностях и ограничениях человека в системах вооружения и военной техники. Такое представление расширяло возможности разработки рекомендаций по психофизиологической оптимизации алгоритмов, средств и условий деятельности летного состава и других авиационных специалистов с учетом их функционального состояния и влияния и взаимовлияния различных факторов (Меденков 2005). Исследовались закономерности, лежащие в основе направленности деятельности на достижение ее целей, формирования и поддержания мотивов целенаправленной деятельности, их побудительной силы. Разрабатывались модели формирования и регуляции функционально-целевых систем организма как формы организации использования ресурсов для достижения поставленных целей, многокритериальной оптимизации функционального состояния человека-оператора в процессе решения задач деятельности и структурной перестройки функционирования систем организма в условиях возрастания или длительного сохранения напряженности в работе. В экспериментальных условиях изучались закономерности регуляции поведения в зависимости от выбора или смены критериев достижения целей, личностных установок, уровня притязания и мотивации (Зараковский 1989). На основе проведенных исследований особенностей психофизиологического состояния человека-оператора и его регуляции при воздействии различных факторов разработана комплексная методология повышения эффективности систем управления, включающих человека. При этом предусматривалась разработка формализованных процедур, моделей деятельности и прогноза ее качества и состояния человека-оператора в процессе работы. Для этого формировался банк данных о психофизиологических характеристиках и возможностях человека и использования процедур их использования в базах данных и системах интеллектуальной поддержки деятельности человека-оператора в авиации (Зараковский 1992). Соответственно была разработана система сбора, обобщения и анализа данных,

необходимых для использования в процессе создания и эксплуатации авиационной техники. Формированию школы Г. М. Зараковского способствовало участие сотрудников его отдела в реализации программы «Дедукция» и последующих нескольких пятилетних программ «Авангард» в качестве головного подразделения института. В этих исследованиях выявлялись и использовались закономерности трудовой деятельности в единстве предметно-логического, научно-социального и личностно-психологического аспектов психофизиологической оптимизации средств, условий и алгоритмов работы летного состава, авиационных специалистов и космонавтов в интересах повышения безопасности полетов.

В институте функционировал координационный научно-технический совет, работа которого планировалась и обеспечивалась сотрудниками отдела. На заседаниях совета с докладами выступали сотрудники отделов института и других организаций. Все это способствовало распространению методологии и концепции психофизиологического анализа и формированию системного представления о содержании, структуре и механизмах регуляции операторской деятельности, методах оценки и экспертизы алгоритмов, средств и условий труда и учета психофизиологических характеристик человека-оператора.

Созданию школы во многом способствовала система коллективного обсуждения программ и результатов исследований их исполнителями и сотрудниками отдела. Исследовательские программы разрабатывались ответственными исполнителями под руководством научного руководителя с участием предполагаемых исполнителей. На этом этапе определялись цели, задачи исследования, выдвигались гипотезы, предположения и планировались соответствующие экспериментальные исследования. При этом существенную роль играли методология и методическое обеспечение решения задач исследования. Участие всего коллектива отдела и специалистов из других отделов института в обсуждении программ являлось важнейшим средством формирования и воспитания молодых исследователей. Коллективный «мозговой штурм» способствовал повышению научного уровня проводимых исследований и обеспечивал передачу опыта и реализацию апробированной методологии психофизиологических исследований. Большое значение имели научные конференции по обсуждению результатов завершеного исследования, совместной оценке обоснованности выводов и рекомендаций.

На всех этапах своего существования школа Г.М. Зараковского последовательно двигалась в направлении углубления и совершенствования методологии исследований деятельности человека-оператора и их информационного обеспечения, поиска методов и средств внедрения в практику рекомендаций и обоснованных решений по психофизиологической оптимизации

зации средств, алгоритмов и условий работы летного состава и авиационных специалистов (Денисова 1995).

По направлению исследований коллектив школы Г. М. Зараковского был ориентирован на решение проблем учета психофизиологических характеристик и возможностей человека в интересах психофизиологической оптимизации алгоритмов, средств и условий деятельности летного состава, космонавтов, специалистов управления воздушным движением, лиц группы управления полетами, оперативных расчетов командных пунктов и авиационных специалистов.

Изучались профессионально важные качества и свойства личности военных специалистов в целях отбора, профессиональной ориентации и комплектования экипажей. Разрабатывались методы, средства и технологии учета психофизиологических характеристик и возможностей человека-оператора в процессе проектирования алгоритмов и средств деятельности летного состава и других авиационных специалистов. Проводились многофакторные исследования влияния различных факторов на качество их работы и функциональное состояние в интересах создания и эксплуатации авиационной техники. Исследовались психофизиологические особенности дизъюнктивных и конъюнктивных отношений между признаками информационных сигналов в процессе их классификации для выявления влияния логических связей признаков на психологическую структуру принимаемых решений и их качество. В целях обоснования требований к тактическим индикаторам исследовались структура, алгоритмы преобразования информации и особенности пространственных представлений и умственных действий при переработке наглядно-образной информации в задачах выбора действий в зависимости от признаков сигнала и уровня подготовки оператора. Изучались особенности преобразования наглядно-образной информации операторами авиационного комплекса при решении задач обнаружения и определения координат движущихся подводных объектов (Меденков 1995). Обосновывались принципы разработки моделей и инженерно-психологической оценки сложных действий человека-оператора (Зараковский 1984). Разрабатывались принципы реализации психологических и физиологических требований при выборе структуры и средств деятельности человека-оператора в процессе ее проектирования. В частности, был обоснован принцип интеграции элементов информационной модели и моторного поля в оперативные единицы информации. Выявлялись психофизиологические закономерности оценки воздушной обстановки и идентификации местоположения воздушных судов в процессе управления полетами и перехвата воздушных целей (Левченко 1995). Изучалась структура наглядно-образных преобразований информации и манипуляций образами-представлениями в сфере сознания. Исследовались закономерности восприятия информации,

ее идентификации и опознания, а также оценки воздушной обстановки и пространственного положения летательного аппарата. В интересах проектирования средств отображения информации и органов управления изучалась связь пороговых характеристик восприятия с интенсивностью сигналов разной модальности. Исследовались особенности перекодирования абстрактных кодов в наглядно-образные представления и обратно и закономерности цифрового кодирования образов и их декодирования в цифры и разрабатывались рекомендации по оценке алгоритмов кодирования и декодирования информации и использованию искусственных языков и знаковых систем при проектировании алгоритмов операторской деятельности. Изучались закономерности восприятия и преобразования информации для обоснования рекомендаций по повышению эффективности визуального обнаружения замаскированных объектов в условиях дефицита времени. Исследовались процесс принятия решения и возможности человека-оператора по обнаружению сигналов с учетом вероятностной структуры их поступления для повышения качества идентификации операторами ложных сигналов в условиях помех.

Изучались психофизиологические особенности регуляции двигательной активности человека-оператора при использовании различных органов управления. В интересах оптимизации моно- и полифункциональных клавиатур проводились специальные исследования операционной структуры, программ и динамических характеристик одиночных и последовательных дискретных сенсомоторных действий и влияния визуального и проприоцептивного контроля на точность движений. Для обеспечения профессиональной надежности космонавтов в условиях космического полета изучались психофизиологические механизмы и закономерности использования резервных ресурсов организма при выполнении непрерывной 3-х суточной операторской деятельности. Полученные данные были положены в основу оптимизации режима труда и отдыха космонавтов при выполнении орбитальных полетов, а также условий их труда в экстремальных условиях.

Научная школа Г. М. Зараковского внесла существенный вклад в развитие отечественной психофизиологии и в реализацию системного подхода к решению народно-хозяйственной задачи обеспечения безопасности полетов на основе комплексного учета психофизиологических характеристик и возможностей летного состава и космонавтов при создании и эксплуатации авиационной и космической техники. Этот вклад соизмерим с зарубежными достижениями многочисленных научных коллективов, занимавшихся проблемами учета человеческого фактора при создании авиационной техники. Комплексные психофизиологические исследования в интересах создания и эксплуатации авиационной и космической техники в школе Г. М. Зараковского проводились во взаимодействии с научными коллективами других ор-

ганизаций, в том числе в интересах создания техники для других видов и родов Вооруженных сил и ведомств.

Достижения школы Г. М. Зараковского в развитии психофизиологии получили признание не только в нашей стране, но и за рубежом. По многочисленным приглашениям он часто выезжал за рубеж и участвовал в международных научных форумах. Его ученики и последователи систематически приглашались на научные конференции, съезды и конгрессы, проводимые Международной ассоциацией прикладной эргономики, Международной эргономической ассоциацией, Международной академией авиационной и космической медицины, Международной академией астронавтики и другими научными организациями.

Сегодня продолжение исследований и развитие научной школы Г.М. Зараковского представляется особенно актуальным не только в теоретическом, но и в практическом отношении. Это вызывается необходимостью выполнения решений по развитию отечественной авиации, космонавтики и разработке перспективной авиакосмической техники. Реализация этих решений требует проведения взаимосвязанных исследований в интересах повышения конкурентоспособности и надежности эксплуатации авиационной техники за счет учета психофизиологических характеристик и возможностей человека-оператора при их проектировании и создании (Меденков 2017). Для этого необходима комплексная проработка многих вопросов обеспечения психофизиологической надежности летного состава, специалистов систем и пунктов управления полетами (Зараковский 1986). В силу разной направленности интересов организаций, участвующих в проектировании и эксплуатации авиакосмической техники, эти исследования ведутся на разной методологической основе, по отдельным направлениям. Объединение разрозненных усилий и координация проведения комплексных исследований возможна на основе методологии психофизиологического анализа деятельности летного состава и других авиационных специалистов (Нестерович 2015). В интересах психофизиологической оптимизации процесса, средств и условий деятельности летного состава и других авиационных специалистов при проектировании и эксплуатации авиационной техники нового поколения представляется важным использовать творческий потенциал и наработки школы Г. М. Зараковского в интересах решения государственной задачи развития отечественной авиации и космонавтики.

Литература

1. Дворников М. В., Меденков А. А. Военно-морской и авиационный врач, психолог и физиолог (К 90-летию со дня рождения Г. М. Зараковского) // Воен.-мед. журн. 2015. № 4. С. 81-83.
2. Денисова Т. В., Меденков А. А., Пономаренко Т. И. Актуальные проблемы авиационной медицины, психологии и эргономики: Информационно-тематический указатель. М.: Полет, 1995. 100 с.

3. Зараковский Г. М. Анализ деятельности: психофизиологическая структура трудовой деятельности и методы ее выявления // Физиология трудовой деятельности. Гл. 16. СПб.: Наука, 1993. С. 467-492.
4. Зараковский Г. М. Психофизиологические особенности деятельности специалистов управления полетами // Авиационная медицина; Руководство. М.: Медицина, 1986. С. 317-322.
5. Зараковский Г. М. Психофизиологический анализ трудовой деятельности (логико-вероятностный подход при изучении труда управляющего типа). М.: Наука, 1966. 114 с.
6. Зараковский Г. М. Учет психофизиологических характеристик человека-оператора при оптимизации систем управления / Психофизиологические исследования деятельности операторов. М.: ВВС, 1971. С. 5-11.
7. Зараковский Г. М., Меденков А. А., Рысакова С. Л. Информационное обеспечение исследований и разработок в области психофизиологической оптимизации труда // Физиология человека. 1992. Т. 18, № 1. С. 24-32.
8. Зараковский Г. М., Павлов В. В. Закономерности функционирования эргатических систем. М.: Радио и связь, 1987. 232 с.
9. Зараковский Г. М., Рысакова С. Л., Чернов К. А. Принципы постановки экспериментов при разработке моделей сложных действий человека-оператора // Психол. журн. 1984. Т. 5, № 6. С. 93-105.
10. Зараковский Г. М., Савченко В. И. Психофизиологический анализ мотивации достижения и избегания в трудовой деятельности // Физиология человека. 1989. Т. 15, № 1. С. 81-90.
11. Левченко В. Д., Меденков А. А., Рыбников О. Н. Психофизиологические пути повышения эффективности перехвата воздушных целей / Авиационная и космическая медицина, психология и эргономика; Сб. тр. М.: Полет, 1995. С. 463-471.
12. Меденков А. А. Научная школа Г. М. Зараковского // Психофизиологические исследования: теория и практика. М.: Полет, 2005. С. 20-40.
13. Меденков А. А. Психофизиологическая оптимизация деятельности экипажей поисково-прицельных систем авиационных противолодочных комплексов / Авиационная и космическая медицина, психология и эргономика; Сб. тр. М.: Полет, 1995. С. 399-409.
14. Меденков А. А., Дворников М. В., Нестерович Т. Б. Актуальность учета психофизиологии человека в авиации // Человеческий фактор: проблемы психологии и эргономики. 2017. № 1/1. С. 59-63.
15. Меденков А. А., Поспелов А. А., Савченко В. И. Эргономическая оптимизация операторской деятельности в АСУ // Проблемы психологии и эргономики. 2005. № 1. С. 40-42.
16. Нестерович Т. Б., Меденков А. А., Дворников М. В. Анализ причин авиационных происшествий / Тезисы 14-й Международной конференции «Авиация и космонавтика», г. Москва, 16-20 ноября 2015 г. М.: МАИ, 2015. С. 315-316.
17. Шалимов П. М., Меденков А. А., Дворников М. В. Становление системных психофизиологических исследований летного труда // Человеческий фактор: проблемы психологии и эргономики. 2017. № 1/1. С. 14-17.

МОСКОВСКАЯ ШКОЛА ДЕТСКИХ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ: ПРОШЛОЕ И НАСТОЯЩЕЕ

А.Ю. Ивойлов

А.И. Крюков

Н.Л. Кунельская

ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» ДЗМ

MOSCOW SCHOOL OF CHILDREN OTORINOLARINGOLOGISTS: PAST AND PRESENT

A.Y. Ivoylov

A.I. Kryukov

N.L. Kunelskaya

State-Financed Health Institution Scientific and Research Clinical Institute of Otorhinolaryngology named after L. I. Sverzhewskiy of Moscow Healthcare Department, Russia

Аннотация: статья посвящена развитию детской оториноларингологической службы в России и охватывает период с середины XIX века до настоящего времени.

Ключевые слова: детская оториноларингология, история, развитие, научные школы, Москва.

Abstract: The article is devoted to the development of children's otorhinolaryngological service in Russia and covers the period from the middle of the XIX century to the present.

Key words: children's otorhinolaryngology, history, development, scientific schools, Moscow.

До середины XIX века педиатрия развивалась в рамках других специальностей, преимущественно акушерства и терапии. Открытие первых российских детских больниц: в 1834 г. в Петербурге, в 1842 г. в Москве (ныне ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова) и создание первой самостоятельной кафедры детских болезней в Петербургской медико-хирургической академии в 1865 г. (проф. В.М. Флоринский (1834-1899 г.г.)), позволили выделить ее в самостоятельную специальность. В 1866 г. в Москве доцент кафедры акушерства, женских и детских болезней медицинского факультета университета Н.А. Тольский организовал первую педиатрическую клинику, а в 1873 г. и первую кафедру.

Начало XX века в России было ознаменовано открытием 30 детских больниц на 750 детских стационарных коек, на базе которых получали лечение дети с патологией уха, горла и носа.

В этот период лишь отдельные работы были посвящены ЛОР – патологии детского возраста. Пионером в этом направлении стал Л.И. Свержевский, опубликовавший статью «О возрастных особенностях строения гайморовых пазух», в которой он отмечал: «У новорожденных она имеет вид небольшой щели или углубления между наружной стенкой носа, глазницей и зачатками зубов. Размеры углубления: продольный диаметр 7-14 мм, высота 5-10 мм, ширина 3-5 мм. К концу первого года жизни пазуха приобретает круглую форму, а размеры ее достигают 10-12 мм в длину и 3-9 мм в ширину. До 7 лет она растет медленно, с 7-летнего возраста растет быстрее и к 15-20 годам достигает полного развития» (Крюков, Кунельская 2017). Результаты этого морфо-анатомического исследования положили начало изучению анатомо-физиологических особенностей строения и развития ЛОР – органов у детей.

В 1919 г. после преобразования Московских высших женских курсов во II Московский государственный университет для созданной оториноларингологической клиники (ныне кафедра оториноларингологии лечебного факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова), которую возглавил проф. Л.И. Свержевский, было отведено помещение в Голицынской больнице (ныне один из корпусов 1-й городской клинической больницы) на 80-90 коек. Здесь же была развернута большая амбулатория с открытым для всех бесплатным приемом. Амбулатория и клиника стали новым мощным центром развития лечебной, профилактической и научной оториноларингологии.

В 20-е годы началась планомерная борьба с разрушительными последствиями Гражданской войны: разрухой, беспризорностью, распространением инфекций и т.д. Были организованы сети патронажной службы, детских и медицинских учреждений. Подготавливались медицинские кадры. «Вся гордость учителя в учениках, в росте посеянных им семян» – этот афоризм Д.И. Менделеева в полной мере можно отнести к гению профессора Л.И. Свержевского, который воспитал плеяду блестящих учеников- оториноларингологов и, обладая дальновидностью и прозорливостью, способствовал созданию Московской, а в последствии и Российской, школ детской оториноларингологии. Понимая всю значимость происходящих перемен в становлении государственной программы по охране материнства и детства, по инициативе и непосредственном участии Л.И. Свержевского, в Москве в 1930 г. на базе детской больницы им. Н.Ф. Филатова была открыта первая специализированная детская ЛОР – клиника в составе кафедры Л.И. Свержевского. Этот филиал возглавил один из его учеников, кружковец С.И. Вульфсон, известный своими трудами в области детской оториноларингологии. После открытия педиатрического факультета именно Л.И. Свержевский добился назначения С.И. Вульфсона на ставку ассистента по заболеваниям уха, горла и носа данного факультета. В эти же годы на базе Московской детской

клинической больницы №1 было открыто детское оториноларингологическое отделение, которое возглавил известный оториноларинголог А.И. Фельдман, в последствии профессор, Заслуженный деятель науки РФ, организатор кафедры оториноларингологии Центрального института усовершенствования врачей. В 1935 г. вышел в свет первый учебник по детской оториноларингологии, предназначенный для студентов педиатрического факультета, в редакции А.И. Фельдмана и С.И. Вульфсона «Болезни уха и верхних дыхательных путей в детском возрасте», выдержавший 6 изданий. В руководстве были изложены особенности строения, физиологии, методов исследования уха, горла и носа в детском возрасте. Представлена наиболее часто встречающаяся патология ЛОР-органов в различных возрастных группах, ее этиопатогенетические аспекты, клинические проявления, принципы лечения, исходы и профилактика. Вопросы лечения ЛОР-заболеваний рассматривались с учетом реактивности детского организма, при этом авторы делали упор на соблюдение принципов патогенетического лечения и использования щадящих методов хирургического вмешательства, присущих школе Л.И. Свержевского. Данный учебник, на протяжении многих десятков лет, имел основополагающее значение в образовании, по которому училось не одно поколение детских оториноларингологов (Крюков, Кунельская 2017). В эти же годы на базе Морозовской больницы С.И. Агроскиным было организовано детское ЛОР – отделение, впоследствии отделение возглавила В.Ф. Китайгородская.

В 1936 г. в Москве открылся Центральный оториноларингологический институт (Московский научно-исследовательский институт уха, горла и носа), инициатором и первым директором которого был Заслуженный деятель науки РФ, профессор Л.И. Свержевский. Понимая всю важность охраны здоровья детей и подростков, Л.И. Свержевский планирует открытие в стенах института клиники детского возраста, но его кончина и начало Великой Отечественной войны перечеркнули планы профессора. Клиника детского возраста МНИИ уха, горла и носа была открыта на базе ушного отделения Московской детской больницы имени Ф.Э. Дзержинского (ныне ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского) в 1947 г. Число штатных коек в 1947 г. составило 50, в 1953 г. оно выросло до 85 и в 1954 г. – до 100. Увеличение количества коек было вызвано нарастающей потребностью в стационарной детской оториноларингологической помощи, связанной с расширением поликлинической детской ЛОР-помощи, диспансеризацией детского населения, в частности школьников, и потребностью в проведении активных мероприятий по оздоровлению детей от ЛОР-заболеваний. К этому времени на базе детского отделения были развернуты: электрофизиологическая и биохимическая лаборатории; электрокардиографический, физиотерапевтический и аудиометрический кабинеты; оборудование для аэрозольной терапии, плетизмографии и капилляроскопии. В деятельности детского отделения принимали

участие больничные ординаторы и научные сотрудники института (Ф.Ф. Маломуж, Р.Д. Богомильский, С.М. Левина, Т.М. Державина, Н.А. Вишневская, С.Л. Шапиро, Л.И. Зильбертруд, Р.З. Амиров, Г.К. Иоселиани, А.П. Косачева, С.И. Агроскин, А.А. Цуканова, И.Н. Кислова, Н.Л. Слободкина и др.). Детское отделение служило базой для подготовки специалистов по детской оториноларингологии, причем была принята практика периодического перевода обучающихся ординаторов в педиатрические и инфекционные отделения больницы для получения специальных познаний из области педиатрии, что подтверждает концепцию Л.И. Свержевского о междисциплинарном подходе к заболеваниям уха, горла и носа. В отделении были созданы все условия для широкого проведения научно-клинических изысканий и вовлечения в них практических врачей и молодых специалистов. Возникновение детской оториноларингологии как самостоятельной дисциплины, обусловленное анатомо-физиологическими особенностями (как не вспомнить дальновидность Л.И. Свержевского и его статью «О возрастных особенностях строения гайморовых пазух») и своеобразием патологии детского возраста, поставило перед детскими оториноларингологами вопрос о необходимости специального изучения и особенностей ЛОР-заболеваний у детей. В связи с этим коллектив клиники поставил перед собой цель изучить: нормальную анатомию уха, горла и носа у детей, особенности физиологии этих органов в детском возрасте, особенности клиники, терапии и хирургии оториноларингологических заболеваний у детей, отдаленные результаты лечения. С 1947 по 1954 г.г. в клинике было пролечено: 7392 ребенка с патологией уха, 9234 детей с патологией глотки, 1892 ребенка с патологией носа и околоносовых пазух, 1466 детей с патологией гортани и пищевода. По результатам проведенных исследований опубликована 81 печатная работа, защищено 2 кандидатских диссертации, представлено 514 сообщений: демонстрации – 382, доклады – 132. В клинической ординатуре обучен 51 врач. Для того времени цифры впечатляющие! Все это вошло в «золотой» фонд детской оториноларингологии, дало толчок к развитию нашей специальности.

С 1965 г. детской клиникой МНИИ уха горла и носа руководил профессор Д.И. Тарасов. Ученик академика Б.С. Преображенского, Д.И. Тарасов в 1953 году поступил в ординатуру на кафедру болезней уха, горла и носа. В 1956 г. по конкурсу его зачислили в аспирантуру. В 1958 г. Д.И. Тарасов под руководством академика Б.С. Преображенского выполнил и защитил кандидатскую диссертацию на тему «Состояние уха и верхних дыхательных путей у новорожденных в норме и патологии», в 1965 г. – докторскую «Этиология и патогенез, клиника и лечение при полипозном риносинусите». Под его руководством детская клиника вышла на передовые рубежи, именно туда направляли за квалифицированной оториноларингологической помощью наиболее «сложных и тяжелых» пациентов из различных городов и республик

СССР. Хотелось бы отметить, что в этот период коечный фонд клиники увеличился до 150 коек. С 1972 по 1999 г.г. Д.И. Тарасов – директор МНИИ уха, горла и носа, одновременно он продолжал руководить детским отделением института. Будучи директором головного института по оториноларингологии в СССР, а затем и в России, он всегда считал приоритетным направлением организацию и развитие помощи детям, поддерживал перспективные междисциплинарные работы и стремился внедрять самые передовые научные достижения в практику. Научные издания того времени свидетельствуют о чрезвычайной глубине разрабатываемых Д.И. Тарасовым и его школой научных проблем. Под его руководством выполнено 19 докторских и 35 кандидатских диссертаций. Будучи воспитанником школы Л.И. Свержевского и продолжателем идей своего учителя академика Б.С. Преображенского, он был пионером в проведении фундаментальных исследованиях, определял основные направления развития оториноларингологии детского возраста, которые развивали его ученики – представители новой школы детских оториноларингологов, многие из которых в настоящее время возглавляют научные, учебные и практические коллективы (И.И. Абабий, В.Н. Лазарев, А.С. Юнусов, А.Г. Рябинин, А.Н. Наседкин, А.Ю. Ивойлов, А.Ф. Захарова, В.Р. Пакина, И.И. Архангельская, Е.П. Меркулова, Т.Н. Джанашия, В.А. Федорова и др.). Итог его деятельности отражен в более чем 350 научных работах, 7 монографиях, 10 изобретениях. В 1983 г. ему было присвоено почетное звание Заслуженный деятель науки РСФСР (Орлова, Тарасова 2015).

Продолжая славные традиции наших учителей, заложенных в непростое время войн, разрухи, репрессий и перестройки, научные сотрудники отдела ЛОР патологии детского возраста ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗМ, директором которого с 1999 года и по настоящее время является Заслуженный деятель науки РФ, профессор А.И. Крюков, на базе оториноларингологического отделения ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского выполняют научно-исследовательские работы, связанные с самыми актуальными проблемами педиатрической оториноларингологии. А.И. Крюков – профессионал с большой буквы, сочетающий энциклопедическую эрудицию, блестящий талант хирурга, дар ученого теоретика и практика, прекрасного организатора, педагога и лектора. А.И. Крюков является ярким представителем одной из генеалогических ветвей школы Л.И. Свержевского (А.И. Крюков – В.Т. Пальчун – Б.С. Преображенский – Л.И. Свержевский). Хотелось бы отметить, что профессор А.И. Крюков, будучи Главным специалистом оториноларингологом Департамента здравоохранения г. Москвы, уделяет должное внимание развитию детской оториноларингологии в г. Москве. В частности, при его непосредственном участии была восстановлена должность Главного специалиста детского оториноларинголога ДЗМ (д.м.н. А.Ю. Ивойлов), после

ликвидации специальности «Детская оториноларингология» в первые годы XXI века.

Особенностью работы отделения всегда было максимальное приближение к проблемам практического здравоохранения города Москвы и внедрение разработанных методов диагностики и лечения в практику детских лечебных учреждений. Одним из научных направлений отдела (руководитель отдела – д.м.н. А.Ю. Ивойлов) является изучение этиопатогенетических аспектов гипертрофии и хронизации воспаления в анатомических структурах лимфаденоидного глоточного кольца Вальдейера – Пирогова у детей различных возрастных периодов и влияние их на развитие патологии верхних дыхательных путей и уха на основе использования современных методов диагностики и разработка консервативных схем лечения, а также хирургических вмешательств с применением современной медицинской техники. Одно из важных направлений деятельности отдела занимает эндоскопическая диагностика, которая позволила в полном объеме исследовать носоглотку, состояние слуховых труб, аденоидных вегетаций, полость носа с визуализацией естественных соустьев околоносовых пазух. С внедрением эндоскопической техники и инновационных хирургических технологий стало возможным улучшить результаты лечения детей с патологией верхних дыхательных путей и уха, избежать осложнений и рецидивов ЛОР-заболеваний. Хотелось бы отметить, что основной целью научных исследований было снижение объема хирургических вмешательств при патологии ЛОР-органов. В рамках этого направления определена роль вирусной и грибковой инфекции (А.И. Мачулин) в развитии хронического аденоидита у детей, разработаны схемы лечения, позволяющие избежать хирургического вмешательства. Разработаны: «Способ лечения хронического аденоидита у детей старшего школьного возраста» (патент РФ на изобретение № 2307686), «Способ лечения острых гнойных гайморитов и гайморозтмоидитов у детей» (патент РФ на изобретение № 2329814), «Способ лечения вазомоторного ринита у детей» (патент РФ на изобретение № 2220750). Выполнены и защищены кандидатские диссертации на тему «Комплексный подход к лечению детей с вазомоторным ринитом» Е.В. Матвеева (2012 г.), «Диагностика и лечение хронического аденоидита грибковой этиологии у детей» А.И. Мачулин (2013 г.).

Кроме того, сотрудники отделения занимаются разработкой методов диагностики, консервативного и хирургического лечения синдрома обструктивного апноэ сна (И.И. Архангельская), острой и хронической патологии уха (А.Ю. Ивойлов, В.Р. Пакина), в том числе и слуховой трубы (В.В. Яновский), у детей в различных возрастных периодах. В рамках этого направления определены показания и противопоказания шунтирования барабанных полостей, а также разработаны схемы лечения детей с экссудативным сред-

ним отитом в зависимости от этиологии, стадии заболевания и состояния анатомических структур носоглотки. Впервые в России проведена баллонная дилатация слуховых труб у детей со стойкой хронической дисфункцией слуховых труб. Изучены этиопатогенетические аспекты, разработаны методы функциональной диагностики, консервативного и хирургического лечения детей с различными формами хронического гнойного среднего отита. Разработан «Способ лечения хронических гнойных средних отитов у детей» (патент РФ на изобретение № 2238744), «Способ лечения хронических гнойных средних отитов» (патент РФ на изобретение № 2033166). Выполнены и защищены диссертации на тему: докторская «Хронический гнойный средний отит у детей: современные представления о патогенезе, диагностике, лечении и профилактике» А.Ю. Ивойлов (2009 г.) и кандидатская «Диагностика и лечебная тактика при экссудативном среднем отите у детей» В.В. Яновский (2014 г.).

В отделении разработаны и внедрены в клиническую практику новые приоритетные методы консервативного лечения сенсоневральной тугоухости, которые защищены патентом РФ на изобретение № 2240128 «Способ лечения нейросенсорной тугоухости у детей». Хирургическое лечение тугоухости и глухоты в детском возрасте включает в себя проведение кохлеарной имплантации (Е.В. Гаров, А.Ю. Ивойлов).

Опыт научной работы сотрудников отделения ЛОР патологии детского возраста обобщен в многочисленных печатных работах, выступлениях на общероссийских съездах, конференциях, форумах, в том числе и европейских.

Знаковым событием в истории становления школы детских оториноларингологов стало организация кафедры детской оториноларингологии в 1951 году на педиатрическом факультете II Московского медицинского института. Ее основоположник, ученик одного из крупнейших деятелей отечественной оториноларингологии профессора В.К. Трутнева, профессор И.И. Щербатов начинал свою творческую деятельность ассистентом ЛОР – клиники Казанского, затем Центрального института усовершенствования врачей. Заведовал клиническим отделением Центрального научно-исследовательского института уха, горла и носа. И.И. Щербатов – заслуженный деятель науки, заслуженный врач РФ, клиницист, педагог и ученый, внес неопределимый вклад в развитие таких научных направлений, как врожденные пороки развития ЛОР-органов, острые и хронические рубцовые стенозы гортани, опухоли, консервативные и щадящие хирургические методы лечения тугоухости в детском возрасте. Учениками И.И. Щербатова были такие известные детские оториноларингологи, как Н.В. Великоруссова, Н.М. Ахметьева, И.Л. Кручинина, В.И. Смоликова, Б.С. Баулин, В.Р. Чистякова, Е.Д. Лисицын, В.В. Солдатова, Г.Л. Балясинская, Е.Н. Мышкин и др. В 1973 году кафедру возглавила бли-

жайшая ученица И.И. Щербатова – И.Л. Кручинина, которая внесла большой вклад в разработку проблем синуситов, хронического тонзиллита в раннем детском возрасте, инородных тел дыхательных путей и бронхоскопии при обструктивных синдромах, врожденных пороков развития уха и носа (Богомильский 2011). В 1941 г., после смерти Л.И. Свержевского, кафедру оториноларингологии лечебного факультета возглавил его ученик – академик АМН СССР, профессор Б.С. Преображенский, продолживший дело своего учителя, развивая и углубляя школу, которую тот создал. Б.С. Преображенский внес огромный вклад в развитие отечественной оториноларингологии, воспитав плеяду выдающихся оториноларингологов, в том числе и детских, которые по праву стали корифеями нашей специальности, создав свои высококвалифицированные научно-практические школы. Одним из них является член-корреспондент РАН, профессор М.Р. Богомильский, который с 1986 г. по настоящее время является заведующим кафедрой оториноларингологии педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова. Ученик Б.С. Преображенского, потомственный детский оториноларинголог: его отец, Рафаил Давыдович, был известным детским оториноларингологом и долгое время руководил ЛОР-отделением детской городской клинической больницы №9 им. Ф.Э. Дзержинского (ныне Г.Н. Сперанского), М.Р. Богомильский с 1960 по 1974 г.г. работал на кафедре ЛОР-болезней лечебного факультета 2-го МОЛГМИ и впитал лучшие традиции школы Л.И. Свержевского. Он прошел последовательно все этапы обучения: клиническая ординатура, выполнил и защитил кандидатскую (1964 г.) и докторскую (1971 г.) диссертации, был сначала ассистентом, доцентом, профессором. Его научные интересы связаны с такими актуальными проблемами оториноларингологии, как аллергия, слухолучшающая хирургия, диагностика, консервативные и хирургические методы лечения сенсоневральной тугоухости и глухоты в детском возрасте. В 1982 году М.Р. Богомильским произведены первые в нашей стране операции по имплантации одноканальной электродной системы с гальванической связью и апробацией кохлеарного протеза собственной модификации. Он является автором 11 книг и монографий, 400 научных статей, глав в руководствах по педиатрии, учебников по детской оториноларингологии для студентов медицинских вузов, которые неоднократно переиздавались. Блестящий практик, хирург и педагог, он продолжает развивать школу детских оториноларингологов, организовав Российскую ассоциацию ЛОР-педиатров, являясь ее президентом. Под его научным руководством защищено 10 докторских и 49 кандидатских диссертаций (Т.И. Гаращенко, Я.М. Сапожников, И.В. Рахманова, С.В. Яблонский, А.С. Юнусов, В.С. Минасян, Е.Ю. Радциг, О.В. Карнеева, В.И. Федосеев, С.Ю. Водолазов, О.А. Денисова, М.М. Полунин, Е.Н. Котова и др.). В 2001 году ему присвоено почетное звание «Заслуженный деятель науки Российской Федерации».

Неоценимый вклад в решение проблем лечения патологии гортани и трахеи в детском возрасте внес профессор Ю.Л. Солдатский. Работая в лаборатории восстановительной хирургии гортани и трахеи на базе больницы Святого Владимира в Москве, бывшая детская больница №2 им. И.В. Русакова (зав. отделением Е.К. Онуфриева), под руководством профессора Д.Г. Чирешкина, он развил такие научные направления, как изучение сосудистых опухолей гортани, глотки и полости рта у детей, этиология, клиника и методы лечения хронической стенозов гортанной части глотки, гортани и шейного отдела трахеи у детей и др. В настоящее время Ю.Л. Солдатский является руководителем ЛОР – службы Морозовской детской городской клинической больницы, где продолжает заниматься научными изысканиями в данном направлении и готовит молодые кадры для практического здравоохранения Департамента здравоохранения г. Москвы. Необходимо отметить, что на базе ЛОР-отделения (зав. отделением С.А. Борзаева) больницы Святого Владимира сотрудниками (профессора В.И. Федосеев, Н.А. Милешина, Н.С. Дмитриев и др.) Российского научно-практического центра аудиологии и слухопротезирования ФМБА России (директор – профессор Г.А. Таварткиладзе), организованного в 1988 году, проводятся научные исследования в области детской аудиологии и сурдологии. При этом разрабатываются такие направления необходимые для практического здравоохранения, как: усовершенствование аудиологического скрининга новорожденных и детей 1-го года жизни, совершенствование организации работы сурдологических центров и кабинетов, повышение эффективности реабилитации больных с выраженной степенью тугоухости и глухотой методом кохлеарной имплантации, слухолучшающая хирургия в возрастном аспекте и т.д. В настоящее время в Московском детском сурдологическом центре (зав. А.Г. Кисина) ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗМ около 200 детей различного возраста проходят реабилитацию после перенесенной кохлеарной имплантации.

В 1970 году на базе городской клинической больницы № 55 г. Москвы была организована кафедра детской оториноларингологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ (бывший ЦОЛИУВ). Кафедру возглавил заслуженный деятель науки РФ, профессор Б.В. Шеврыгин. С 1984 года и по настоящее время кафедра базируется ГБУЗ «ДГКБ им. З.А. Башляевой ДЗМ» (бывшая Тушинская детская городская клиническая больница). Многогранная научная деятельность Б.В. Шеврыгина была посвящена исследованию патологии верхних дыхательных путей, микрохирургии в детской ринологии. Он описал ряд новых ринологических синдромов, особенности возрастной ринологии. Он стал основоположником нового направления в детской оторинола-

рингологии – эндоназальной микрохирургии полости носа и околоносовых пазух в детском возрасте. В разные годы сотрудники кафедры (Н.И. Куранов, В.П. Поддубный, Е.П. Карпова, О.Г. Наумов, И.В. Зябкин, Д.А. Тулупов и др.) создали, внедрили и постоянно совершенствуют уникальную программу последипломного образования детских оториноларингологов, в том числе и московских, по которой проходит обучение не одно поколение врачей. После кончины Б.В. Шеврыгина кафедру возглавила его ближайшая ученица профессор Е.П. Карпова. Кафедра успешно развивает такие направления, как: эндоскопические хирургические вмешательства в полости носа, носоглотки и околоносовых пазухах, лечение аллергических заболеваний у детей, иммунокоррекции при частых воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей, слухоулучшающая хирургия в детском возрасте (Богомильский, Чистякова 2005).

Нельзя не отметить плодотворную и новаторскую работу А.С. Юнусова, Заслуженного врача РФ и ЧР, профессора, зам. директора по детству ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России» (директор – профессор, член-корреспондент РАН Н.А. Дайхес). Автор новой концепции в отношении хирургии перегородки носа у детей и подростков, последователь школы Московского НИИ уха, горла и носа МЗ РФ – он подготовил не один десяток детских оториноларингологов для столичного здравоохранения. Под его руководством, сотрудниками отдела (О.В. Карнеева, А.Г. Рябинин, С.В. Рыбалкин, Д.П. Поляков, Е.Б. Молчанова, Л.А. Ларина и др.) в течении многих лет успешно разрабатываются проблемы щадящей хирургии носа и околоносовых пазух, травм и инородных тел носа, иммуноморфологии лимфоидно-глоточного кольца, хирургического лечения аномалий развития, детской тугоухости, кохlearной имплантации и т.д.

Л.Н. Толстой сказал: «Если учитель имеет только любовь к делу, он будет хороший учитель. Если учитель имеет только любовь к ученику, как отец, мать, – он будет лучше того учителя, который прочел все книги, но не имеет любви ни к делу, ни к ученикам. Если учитель соединяет в себе любовь к делу и к ученикам, он – совершенный учитель». Эта цитата полностью отражает благодарность и восхищение современников феномену наших учителей.

Литература

1. Богомильский М.Р. История организации и основные направления деятельности кафедры оториноларингологии детского возраста Российского государственного медицинского университета // Вестник оториноларингологии. – 2011. – №6. – С. 5-11.
2. Великий учитель – выдающиеся ученики / Под редакцией А.И. Крюкова, Н.Л. Кунельской. – М.: ООО «Компания БОРГЕС». 2017. – 233 с.
3. Детская оториноларингология: Руководство для врачей / Под ред. М.Р. Богомильского, В.Р. Чистяковой. Т. 1. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2005. – 660 с.

4. Орлова О.С., Тарасова Г.Д. Вклад профессора Д.И. Тарасова в развитие отечественной оториноларингологии // Вестник оториноларингологии. – 2015. – №3. – С. 86-88.

5. Профессор Иван Иванович Щербатов. К 100-летию со дня рождения // Вестник оториноларингологии. – 2005. – №5. – С. 64.

6. Труды Государственного научно-исследовательского института уха, горла и носа. ЛОР заболевания детского возраста и меры борьбы с ними / Москва. – 1956. – Выпуск VIII. – 262 с.

7. 80 лет Михаилу Рафаиловичу Богомильскому // Российская оториноларингология. – 2014. – №3 (70). – С. 167-168.

К ИСТОРИИ ФОРМИРОВАНИЯ ОРЕНБУРГСКОЙ НАУЧНОЙ ШКОЛЫ КЛИНИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Каган И.И., Чемезов С.В.

Оренбургский государственный медицинский университет

HISTORY OF THE ORIGIN AND DEVELOPMENT OF ORENBURG RESEARCH SCHOOL ON CLINICAL ANATOMY AND EXPERIMENTAL SURGERY

Kagan I.I., Chemezov S.V.

Orenburg State Medical University

Аннотация: в статье описана, начиная с 1960 г., история возникновения, формирования и развития Оренбургской научной школы клинической анатомии и экспериментальной хирургии. Дана характеристика разрабатываемых научных направлений и проблем, состава исследователей научной школы, приведены обобщенные результаты выполненных исследований.

Abstract: In the article is described the history of origin, forming and development of Orenburg research school on clinical anatomy and experimental surgery, beginning from 1960 y. It's given the characteristic of elaborating scientific directions and problems, the structure of school researchers. They are showed generalized results of executed investigations.

Ключевые слова: научная школа, история медицины, клиническая анатомия, экспериментальная хирургия.

Key words: research school, history of medicine, clinical anatomy, experimental surgery.

Оренбургская научная школа клинической анатомии и экспериментальной хирургии сформировалась на базе кафедры оперативной хирургии и клинической (до 1997 г. топографической) анатомии. Начало формирования научной школы – 1960 г (3, 6, 7).

Основатель научной школы – заслуженный деятель науки РФ, профессор С.С. Михайлов, заведовавший кафедрой с 1960 г. по август 1963 г. (1, 2). С 1968 г. и по настоящее время научный руководитель школы – его ученик, заслуженный деятель науки, профессор И.И. Каган.

В 1960-1970-е годы основными направлениями научных исследований, предложенными профессором С.С. Михайловым, являлись:

1. Анатомия и иннервация венозного русла центральной нервной системы, головы и позвоночника в условиях нормы, эксперимента и патологии;

2. Пластика и протезирование магистральных вен и полых органов.

Руководство этими исследованиями осуществлял профессор С.С. Михайлов, а после 1964 г. совместно профессор С.С. Михайлов и профессор И.И. Каган.

В течение 5 лет вместе с сотрудниками кафедры анатомии человека была изучена иннервация всех основных отделов экстра- и интракраниального венозного русла: поверхностных (Еременко В.И.) и глубоких (Каган И.И.) мозговых вен, вен мозжечка (Маханик Х.Я.), твердой мозговой оболочки (Вотинцев В.А.), затылочного синуса (Янович З.П.), вен покровов мозгового отдела головы (Мархашов А.М.), вен лица и придаточных пазух носа (Царев Н.И.), а несколькими годами позднее – вен затылка и наружного основания черепа (Герасимов Е.М.), начального отдела внутренней яремной вены (Кривошеев Г.Г.).

Результаты этих исследований были изложены в монографическом сборнике «Иннервация интра- и экстракраниальных венозных образований», изданном в 1965 г. под редакцией проф. С.С. Михайлова.

Второе, экспериментально-хирургическое, направление было реализовано в исследованиях по протезированию магистральных вен: верхней и нижней полых (Письменов И.А.), легочных (Каган И.И., Гавриленко Г.А.), воротной (Герасимов Е.М.), наружной яремной (Коноплев А.А.), верхней брыжеечной (Мархашов А.М.), печеночных (Чернов В.А.) вен, грудного отдела пищевода (Альбертон В.М.). Несколько позже, в 1971 г., были выполнены диссертации по протезированию вен в растущем организме (Чернов В.А.) и протезированию пищевода (Гавриленко Г.А.). Всего в 60-е годы были защищены одна докторская и 12 кандидатских диссертаций.

С августа 1963 г. в связи с переездом проф. С.С. Михайлова в г. Москву для работы в Министерстве здравоохранения РСФСР заведовать кафедрой стал доцент И.И. Каган, а после защиты в 1968 г. докторской диссертации он возглавил Оренбургскую научную школу клинической анатомии и экспериментальной хирургии.

Важным событием явились организованная и проведенная кафедрой в мае 1968 г. Всероссийская тематическая конференция «Функциональная и прикладная анатомия венозной системы» и изданные в следующем году труды этой конференции.

В 70-е годы основная часть диссертационных научных исследований была посвящена анатомии венозного русла центральной нервной системы, головы и позвоночника: венозных синусов твердой мозговой оболочки (В.А. Вотинцев), вен позвоночника (А.М. Мархашов), вен головы и шеи (Е.М. Герасимов), поверхностных вен головного мозга (Моршинин Р.Г.), вен спинного мозга (Сухих Г.Т.), кровеносных сосудов спинно-мозговых ганглиев (Боев В.М.).

В 1977 г. коллектив кафедры подготовил и провел 2-ю Всероссийскую конференцию «Развитие, морфология и пластичность венозного русла в условиях нормы, патологии и эксперимента». В 1979 г. были изданы труды конференции, включившие 170 статей по этой проблеме.

Огромный массив сведений, накопленный коллективом кафедры по анатомии венозного русла головного и спинного мозга, позволил в конце 70-х годов выдвинуть задачу изучения венозного русла ЦНС в условиях патологии. По времени это совпало со значительным интересом клиницистов к венозной патологии головного мозга. Решение этой задачи пришлось на 80-е годы.

В выполненных и защищенных в 80-е годы кандидатских диссертациях были получены систематические сведения по сосудистым изменениям при венозном застое: в коре полушарий большого мозга (Насырова И.И.), органе зрения (Чемезов С.В.), спинном мозге (Ким В.И.).

В 1986 г. коллективом кафедры совместно с кафедрой нервных болезней был издан сборник научных трудов «Сосудистые изменения в центральной нервной системе при венозном застое и других нарушениях кровообращения», который содержал систематизированные данные по внутричерепному венозному застою.

Большим научным событием был подготовленный коллективом кафедры совместно с кафедрами анатомии человека и гистологии и проведенный в Оренбурге в 1982 г. 1-й Всероссийский съезд анатомов, гистологов и эмбриологов, на котором научные исследования коллектива кафедры были достойно представлены.

С 1980-х годов основными научными направлениями научной школы стали предложенные и руководимые профессором И.И. Каганом с участием профессоров А.А. Третьякова, В.Н. Канюкова, Б.Г. Нузова, В.К. Есипова:

1. Современная клиническая анатомия органов и областей (микрохирургическая, лучевая, эндоскопическая) на основе методов прижизненной визуализации (КТ, МРТ, УЗИ, эндоскопии), гистотопографического метода, макро- и микроскопического препарирования;

2. Разработка и обоснование новых микрохирургических технологий в абдоминальной, торакальной и сосудистой микрохирургии.

80-е годы для развития экспериментально-хирургических исследований кафедры имели особое значение. Со второй половины 80-х годов мы (Ка-

ган И.И.) начали организовывать и проводить экспериментальные и анатомические исследования по разработке и обоснованию микрохирургических приемов оперирования на полых органах и магистральных венах. К этому же времени относится и появление в нашем коллективе идеи применения трансплантатов из деминерализованной кости в восстановительной хирургии не костных органов. В результате сформировалось научно-прикладное направление исследований кафедры, включающее три взаимосвязанные составные части:

а) микрохирургическую анатомию органов как анатомическую основу микрохирургии;

б) разработку и экспериментально-хирургическое обоснование микрохирургических вмешательств и приемов оперирования;

в) обоснование применения трансплантатов из деминерализованной кости с использованием микрохирургической техники в пластике не костных органов.

Цикл экспериментально-хирургических исследований по применению деминерализованной кости в восстановительной хирургии не костных органов был завершен в начале 90-х годов совместно с кафедрой общей хирургии (зав. – проф. В.И. Зак) диссертациями Б.А. Исайчева по применению деминерализованного костного матрикса в реконструктивной хирургии органов, В.И. Чикалевой по пластике дефектов передней брюшной стенки трансплантатами из деминерализованной плоской кости, Л.М. Железнова по восстановительным операциям на венах с использованием деминерализованной трубчатой кости и микрохирургической техники, Н.Н. Лисицкого по использованию деминерализованного костного трансплантата как протектора кровеносных сосудов.

В проблеме экспериментальной микрохирургии совместно с кафедрой хирургии (зав. – профессор А.А. Третьяков) были выполнены кандидатские диссертации по разработке и обоснованию применения микрохирургической техники при операциях на трахее и бронхах (Самойлов П.В., Васюков М.Н.) на пищеводе (Самойлов П.В.), внепеченочных желчных путях (Коновалов Д.Ю., Лященко С.Н., Карабасов А.Е., Попов А.Б.), тонкой кишке (Иджян И.Р.), ободочной кишке (Коновалов Д.Ю.), мочеточнике (Семенякин И.В.), маточных трубах (Бродский Г.В.). Большое значение в решении этой проблемы имела докторская диссертация А.А. Третьякова по разработке, обоснованию и клиническому применению микрохирургических билиодигестивных анастомозов.

Совместно с кафедрами хирургии и общей хирургии выполнен цикл исследований по разработке и анатомо-экспериментальному обоснованию микрохирургических желудочно-кишечных и тонкостолстокишечных анастомозов со сфинктерными и арефлюксными свойствами (Щетинин А.Ф.,

Никитенков А.Г., Воронов Д.Ю., Савин Д.В.), по изучению возможностей применения микрохирургических технологий в условиях абдоминальной патологии (Яшников С.В., Курмашев А.Р., Донсков А.В.).

Существенную организационную помощь в обеспечении анатомических и экспериментально-морфологических исследований оказывала созданная в 1990 г. на базе кафедры научно-исследовательская лаборатория экспериментальной микрохирургии и микрохирургической анатомии.

В 90-е годы получил завершение крупный цикл исследований, выполнявшихся в 80-е годы, по нарушениям венозной циркуляции в центральной нервной системе в виде докторской диссертации доц. С.В. Чемезова по функциональной морфологии венозного застоя в головном мозге, кандидатских диссертаций И.Н. Фатеева по изменениям в коре полушарий большого мозга при сонно-ярёмном соустье и А.В. Демина по внечерепным лимфатическим путям компенсации мозговых кровоизлияний.

В 1995 и 1999 гг. при поддержке ректората академии были выпущены два тематических оренбургских номера журнала «Морфология».

Положительный резонанс имела проведенная в 1997 г. кафедрой совместно с Оренбургским филиалом ГУ МНТК «Микрохирургия глаза им. акад. С.Н. Федорова» Российская научная конференция «Оперативная микрохирургия и микрохирургическая анатомия» и изданные материалы этой конференции.

В середине 90-х годов произошло очередное расширение научной тематики с привлечением новых аспирантов и соискателей, сотрудников других кафедр академии, врачей лечебных учреждений, что позволило значительно увеличить количество выполненных диссертационных работ.

Совместно с директором Оренбургского филиала ГУ МНТК «Микрохирургия глаза», заслуженным врачом РФ, профессором В.Н. Канюковым был организован и проведен крупный цикл исследований по микрохирургической анатомии и микрохирургии органа зрения, результаты которого нашли отражение в изданных совместно двух монографиях, восьми кандидатских диссертациях (Тулупов С.Б., Шацких А.В., Тайгузин Р.Ш., Урбанский А.К., Пряхин А.В., Мотина Н.А., Уваров А.М., Илюхин Д.А.).

Совместно с кафедрами хирургии ФППС, факультетской хирургии, общей хирургии, анатомии человека, оториноларингологии, пропедевтики внутренних болезней, анестезиологии и реаниматологии, акушерства и гинекологии выполнены докторские и кандидатские диссертации по микрохирургии и микрохирургической анатомии внутренних органов и кровеносных сосудов. К ним относятся исследования: черепа и головного мозга (Левашко Л.И., Ким В.И.), слуховой трубы (Аникин М.И.), шеи и гортани (Лебедянцева В.В., Луцай Е.Д.), щитовидной и паращитовидных желез (Фатеев И.Н., Мирошников С.В.), плечевого сплетения (Занин В.Ю.), сосудов

сердца и перикарда (Тютюнникова Н.Н., Белянин В.В., Абдуллин М.Р., Чумакова Н.С.), бронхов (Самойлов П.В., Васюков М.Н.), желудка (Маковлева О.А.), тонкой (Иджян И.Р., Яшников С.В., Тимофеева Т.В.) и ободочной (Ульянов О.В., Коновалов Д.Ю., Курмашев Р.А., Донсков А.Б.) кишок, гастродуоденального перехода (Самоделкина Т.К.), поджелудочной железы (Железнов Л.М.), надпочечников (Лященко Д.Н.), матки (Грудкин А.А.), плаценты (Луцай Е.Д.), магистральных вен (Забилов Э.М., Мамыко П.А., Лесовик В.С., Нагорнов П.В., Соболев Ю.А.), позвоночника (Левашко Л.И., Дерюжов Г.В.).

Очень большое и перспективное значение мы придаем развитию исследований по прижизненной клинической анатомии: компьютерно-томографической, магнитно-резонансно-томографической, рентгеновской, ультразвуковой, эндоскопической. По этому научному направлению выполнены диссертационные исследования: головного мозга (Строкова С.С., Малыгина О.Я., Ишков С.В.), щитовидной железы (Фатеев И.Н.), средостения (Рыков А.Е.), бронхов (Мищенко А.Н.), легких (Пинчук В.В.) пищеводно-желудочного и гастродуоденального переходов (Дронова О.Б., Мирончев А.О., Новаковская Е.А., Колесникова Е.В.), ободочной кишки (Адегамова А.М.), поджелудочной железы (Железнов Л.М.), брюшинного пространства (Лященко С.Н.), плодов-близнецов (Баева И.Ю.), вен нижних конечностей (Лайков А.В.).

На основе выполненных исследований были написаны и опубликованы с начала XXI века 10 итоговых монографий по общим проблемам и различным разделам клинической анатомии головного мозга, щитовидной железы, поджелудочной железы, ободочной кишки, брюшинного пространства, плодов-близнецов, по микрохирургии желчных путей, микрохирургическим межорганным анастомозам.

Научная школа представлена 3-мя поколениями исследователей: учениками профессора С.С. Михайлова, учениками его ученика профессора И.И. Кагана, учениками учеников профессора И.И. Кагана.

За все время существования научно-педагогической школы в её состав входили 110 научно-педагогических сотрудников, аспирантов и врачей. В настоящее время в составе научно-педагогической школы 94 человека. Среди них академик РАН, 17 докторов мед. наук, 63 кандидата мед. наук, 13 работающих над диссертациями.

Среди подготовленных докторов и кандидатов наук 59 человек работали или работают на 15 кафедрах Оренбургской медицинской академии. 11 докторов наук заведовали или заведуют кафедрами, 7 докторов наук работали или работают профессорами кафедр.

Среди членов научной школы 34 практических врача: два доктора и 32 кандидата мед. наук 12-и специальностей: хирургов, нейрохирургов, онкологов, офтальмологов, урологов, рентгенологов, акушеров-гинекологов, эн-

доскопистов, терапевтов, анестезиологов, патологоанатомов, специалистов по УЗИ диагностике.

Члены научной школы, кроме г. Оренбурга, работают в гг. Москве, С.-Петербурге, Петрозаводске, Нижневартовске, Новокузнецке, Бузулуке, за пределами России: в Германии, Израиле, Южной Америке, Республике Казахстан.

С 1960 г. по 2017 г. в кафедре оперативной хирургии и клинической анатомии, в том числе с 16-ю кафедрами академии, подготовлены и защищены 114 диссертаций, среди них 22 докторских и 92 кандидатских.

Докторантуру кафедры закончили 8 человек, очную аспирантуру кафедры 30 человек, других кафедр (выполнение диссертаций) 21 человек, заочную аспирантуру кафедры 20 человек, других кафедр 12 человек.

В научном консультировании и руководстве диссертационными исследованиями, кроме руководителя научной школы профессора И.И. Кагана, принимали или принимают участие сотрудники кафедры оперативной хирургии и клинической анатомии: заведующий кафедрой, профессор С.В. Чемезов, профессора кафедры, доктора мед. наук В.И. Ким, И.Н. Фатеев, С.Н. Лященко, заведующие и профессора других кафедр: заведующие кафедрами, профессора А.А. Третьяков, В.К. Есипов, В.Н. Канюков, К.М. Иванов, А.Г. Шехтман, Л.М. Железнов, О.Д. Константинова, профессора кафедр, доктора мед. наук О.Б. Дронова, О.М. Абрамзон, Л.И. Левашко, Д.Ю. Коновалов.

Большое значение мы придаем работе научного студенческого кружка.

Многие бывшие кружковцы, защитив кандидатские и докторские диссертации, стали сотрудниками нашего университета, среди них: профессора В.М. Боев, Б.А. Фролов, Р.А. Забилов, Б.Я. Усвяцов; доценты Н.И. Крамар; Е.А. Архипов, Г.М. Моршинина, А.К. Урбанский и многие другие. Бывшим кружковцем, аспирантом и сотрудником кафедры являлся ныне академик РАН Г.Т. Сухих (5).

Подавляющее большинство очных аспирантов кафедры – это активные кружковцы. Большинство сотрудников кафедры начинали свою научную деятельность в научном кружке кафедры и продолжили её в кафедральной аспирантуре.

В 1994 г. кафедре было присвоено имя основателя научной школы профессора С.С. Михайлова.

В кафедре и всей научной школе создается и поддерживается творческая атмосфера. Проводятся семинары по методике научно-исследовательской работы и работы над диссертациями, периодические научные совещания. С 2001 г. кафедра ежегодно проводит Дни кафедры, на которые собираются члены научной школы.

Результатом выполнения в течение 57 лет значительного массива научных исследований явился целый комплекс новых фундаментальных и при-

кладных данных и выявленных закономерностей в области клинической анатомии, хирургии и неврологии.

Итогом изучения венозного русла центральной нервной системы, головы и позвоночника стали: систематизированные сведения по функциональной и прикладной анатомии венозного русла головного и спинного мозга, спинномозговых ганглиев, покровов головы, позвоночника, впервые полностью изученная иннервация мозговых вен, морфологическое описание рефлексогенных венозных зон головного мозга, разработанная концепция о зональности венозного оттока в центральной нервной системе, система межвенозных анастомозов. Были изучены морфология внутричерепного венозного застоя как в условиях эксперимента, так и при клинической патологии, изменения анатомии и топографии мозговых вен при объемной патологии головного мозга.

В результате работ по протезированию магистральных вен и пищевода были выявлены условия, возможности и ограничения в применении синтетических протезов.

Систематические сведения получены по прижизненной клинической анатомии: а) рентгеновской, компьютерно-томографической, магнитно-резонансно-томографической анатомии головного мозга, щитовидной железы, средостения, бифуркации трахеи, венечного синуса сердца, абдоминального отдела пищевода, ободочной кишки, забрюшинного пространства и его органов: надпочечников, почек, б) ультразвуковой анатомии щитовидной железы, венечного синуса сердца, вен нижних конечностей, плодов-близнецов, в) эндоскопической анатомии бронхов, пищеводно-желудочного, гастродуоденального, дуоденоюнального, илеоцекального переходов. Большинство этих исследований выполнено как в условиях нормы, так и при соответствующей патологии.

Разработка и экспериментально-морфологическое обоснование микрохирургических технологий оперирования привели к появлению комплекса новых микрохирургических восстановительных оперативных вмешательств и приемов на органах желудочно-кишечного тракта, желчных путях, трахее и бронхах, мочеточнике, маточных трубах, новых микрохирургических межвенозных анастомозов при портальной гипертензии, микрохирургических восстановительных операций на магистральных венах и венах нижних конечностей.

Полученные результаты получили отражение в 22 научных монографиях, 8 трудах конференций и сборников научных работ, двух учебниках по топографической анатомии и оперативной хирургии, 18 учебных и методических пособиях для студентов и преподавателей, 8 пособиях и рекомендациях для врачей, в многочисленных журнальных статьях и материалах, публиковавшихся в 25 отечественных и 6 зарубежных журналах. С 2001 г.

по 2016 г. кафедра издавала ежегодник Российской ассоциации клинических анатомов «Клиническая анатомия и экспериментальная хирургия».

На новые методы научных исследований, способы диагностики и хирургического лечения получено 65 патентов на изобретения и полезные модели. Из них 13 патентов на новые микрохирургические вмешательства в абдоминальной хирургии составили три новые микрохирургические технологии, включенные в государственный реестр новых медицинских технологий и на которые Министерством здравоохранения РФ даны разрешения на клиническое применение.

Значительным организационным результатом работы научной школы была организация в составе Оренбургского медицинского университета с 2013 г. научно-исследовательского института микрохирургии и клинической анатомии для дальнейшего развития наших научных направлений и внедрения результатов работы в клиническую практику.

Таким образом, по своему составу и научным результатам Оренбургская научная школа является одной из крупных российских научных школ в области клинической анатомии и экспериментальной хирургии.

Литература.

1. Есипов В.К., Каган И.И., Тарасенко В.С., Третьяков А.А., Чемезов С.В. Ведущие профессора-хирурги ОрГМА 40-70-х годов XX века в истории оренбургской хирургии // Креативная хирургия и онкология. – №3. – 2014. – С. 6-9.
2. Каган И.И. Профессор Сергей Сергеевич Михайлов // Медицинская профессура СССР. – М.: Изд. дом «Русский врач», 2010. – С. 109 – 110.
3. Каган И.И. Научные традиции в 70-летней истории Оренбургского медицинского университета (По материалам Музея истории ОрГМУ // Оренбургский медицинский вестник. – 2014. – № 4. – С. 10-15.
4. Каган И.И., Третьяков А.А., Есипов В.К. Развитие научного направления по микрохирургии внутренних органов и магистральных вен в Оренбургской государственной медицинской академии // Креативная хирургия и онкология. – №3. – 2014. – С. 9-12.
5. Каган И.И., Смолягин А.И., Фролов Б.А. Академик РАН, профессор Г.Т. Сухих. Информационный вестник Музея истории ОрГМУ. Вып. 20-й. Серия «Выпускники ОрГМУ». Оренбург: Агентство «Пресса», 2017. 24 с. ил.
6. Каган И.И., Чемезов С.В. К 70-летию кафедры оперативной хирургии и клинической анатомии им. С.С. Михайлова Оренбургской государственной медицинской академии // Морфология. – 2014. – Т. 146, № 5. – С.92-94.
7. Каган И.И., Чемезов С.В. Кафедра оперативной хирургии и клинической анатомии им. С.С. Михайлова ОрГМУ за 70 лет (1944 – 2014 гг.) – Оренбург: изд-во ОрГМУ, 2014. – 356 с.

ОБ ИСТОРИИ СТАНОВЛЕНИЯ НАУЧНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ШКОЛЫ В ОРЕНБУРЖЬЕ

Каспрук Л.И., Тарасенко В.С.

Оренбургский государственный медицинский университет

TO THE QUESTION ABOUT THE HISTORY OF FORMATION OF SCIENTIFIC AND PEDAGOGICAL SURGICAL SCHOOL IN ORENBURZHYE

Kaspruk L.I., Tarasenko V.S.

Orenburg state medical University

Аннотация: Статья посвящена историко-медицинским аспектам становления и развития научно-педагогической хирургической школы в Оренбуржье.

Ключевые слова. История, научная школа, хирургия, Оренбуржье.

Abstract: The article is devoted to historical and medical aspects of formation and development of scientific-pedagogical surgical school in the Orenburg region.

Key words. History, science school, surgery, Orenburg.

Общегосударственная система здравоохранения и образования складывается из различных служб территориальных систем с их демографическими, социальными и экономическими особенностями. Историко-медицинские аспекты становления и развития научно-педагогических школ, в том числе, и кафедры госпитальной хирургии Оренбургского государственного медицинского университета, играют важную роль в формировании медицинских кадров региона.

С 1946 по август 1970 г. года кафедру госпитальной хирургии Оренбургского государственного медицинского института (ныне – университет) возглавлял профессор Степан Петрович Вилесов. Вилесов С.П. по праву является основателем пластической и реконструктивной хирургии Оренбуржья, обеспечившим реализацию различных видов кожной пластики в городских и сельских больницах Оренбургской области. Вилесов С.П. родился 5 января 1905 г. в крестьянской семье. В 1918-1922 гг. учился в Юсьвинской школе II ступени, а затем в 1922 г. поступил на медицинский факультет Пермского университета, который окончил в 1927 г. После окончания университета работал ординатором госпитальной хирургической клиники медицинского факультета Пермского университета (1927-1930 гг.). Затем работал хирургом Пермской центральной поликлинической амбулатории (1930-1931 гг.) [1, 2, 4, 5].

В последующем был назначен заведующим хирургическим отделением (1931-1936 гг.) и одновременно (1931-1934 гг.) главным врачом Кудымкар-

ской больницы Коми-Пермяцкого национального округа. К тем же годам относится начало научной деятельности Степана Петровича Вилесова. В этот период он выполнил 11 научных работ. В 1935 г. опубликовал в журнале «Советская хирургия» первую работу по кожной пластике «Случай пластического замещения обширных дефектов кожи по способу Филатова-Парина». В 1935 г. квалификационной комиссией НКЗ РСФСР за совокупность научных работ Степану Петровичу Вилесову присуждается ученая степень кандидата медицинских наук [3, 7, 9].

С 1936 г. он работал ассистентом кафедры хирургии Казанского института усовершенствования врачей, а с 1937 г. – доцентом этой кафедры. В 1940 г. решением ВАК утвержден в ученом звании доцента. В 1940 г. в период войны с Финляндией был в рядах Красной Армии в должности начальника хирургического отделения эвакогоспиталя № 361, который находился в Казани. После завершения войны возвратился на кафедру хирургии Казанского института усовершенствования врачей. В начале Великой Отечественной войны 1941-1945 гг. вновь призван в армию, руководил хирургическим отделением эвакогоспиталя, а в период 1945-1946 гг. назначен начальником хирургического отделения Казанского окружного военного госпиталя [4, 5, 8].

В октябре 1946 г. возглавил кафедру госпитальной хирургии Оренбургского государственного медицинского института. В 1957 г. С.П. Вилесов защитил докторскую диссертацию «Пересадка кожи по методу В.П. Филатова в восстановительной хирургии нижних конечностей», в которой обобщил опыт 133 пересадок кожи полнослойным кожным лоскутом по В.П. Филатову на нижнюю конечность у 128 больных. При этом 116 кожных лоскутов прижились полностью, что составило 90,6% всех пересадок.

В 1958 г. утверждена ученая степень доктора медицинских наук, а в 1959 г. ученое звание профессор. Всеобщее признание в нашей стране получили его работы по кожной пластике в хирургии повреждения конечностей, кисти и пальцев, челюстно-лицевой области. Он предложил новую модификацию и технику восстановления перегородки носа из верхней губы (1939 г.), методика замещения частичных дефектов губы операцией Шимановского (1938 г.), методика закрытия дефектов глотки и передней стенки пищевода после экстирпации гортани (1971 г.). Результаты опубликованы в журналах «Новый хирургический архив» и «Казанский медицинский журнал» [1, 2, 7, 9].

Ему принадлежит оригинальная методика заготовки Филатовского стебля, опубликованная в журнале «Хирургия» (1940 г.). При этом следует отметить, что в восстановительной хирургии широко применялся способ формирования «гигантского стебля» (предложен С.П. Вилесовым). Предложенная им новая модификация миграции стебля на бедро, кисть и предплечье обеспечивала наилучшие условия питания трансплантата. Эта методика

давала удлинение стебля, что представляло большие удобства при вшивании лоскута в раневой дефект.

С.П. Вилесов выявил, что при обширных дефектах мягких тканей и болезненных рубцах на культе стопы наиболее верным способом лечения является пересадка кожи по методу В.П. Филатова. Стебель приживается, если даже на стопе имеются выраженные трофические расстройства. При стебельчатой пластике предоставлялась большая свобода выбора донорского участка для трансплантата. Метод позволял одним кожным стеблем заместить раневые дефекты на культих обеих стоп, в чем наблюдалась большая необходимость у больных после отморожений. До С.П. Вилесова в хирургии редко использовали стебельчатую пластику на культю стоп. В литературе были опубликованы единичные наблюдения [1, 2, 7, 9].

За 24 года в клинике госпитальной хирургии было выполнено более 1200 сложных кожно-пластических операций. Был накоплен довольно значительный опыт по первичной и отсроченной кожной пластике при случайных повреждениях кисти и пальцев. Опыт комбинированной кожной пластики при сквозных дефектах передней стенки глотки после удаления гортани при раке был обобщен С.П. Вилесовым и Л.Н. Македонской и опубликован в материалах V Всесоюзной конференции по пересадке органов и тканей (Горький, 1970 г.) и в журнале «Вестник оториноларингологии» (1971 г.).

Сотрудниками кафедры госпитальной хирургии под руководством С.П. Вилесова было выполнено и опубликовано в центральной и местной печати 90 научных работ, посвященных различным вопросам реконструктивной и пластической хирургии. Работы опубликованы в журналах «Хирургия», «Ортопедия, травматология, протезирование», «Клиническая хирургия», «Вопросы онкологии», «Госпитальное дело», «Советская хирургия», «Вестник оториноларингологии», «Казанский медицинский журнал» и др. В трудах Всесоюзных и Республиканских съездов и конференций опубликовано 22 работы. Под редакцией С.П. Вилесова были изданы два сборника научных трудов Оренбургского медицинского института (ныне – университет) «Вопросы пластической хирургии и регенерации тканей» (1969 г.), «Пересадка кожи в травматологии и восстановительной хирургии» (1972 г.) [6, 9].

Зинаида Казимировна Забегальская после завершения обучения в клинической ординатуре под руководством профессора С.П. Вилесова была принята врачом-ординатором хирургического отделения 1-й городской больницы им. В.П. Чкалова. Научные изыскания ее были сосредоточены на разработке вопросов неотложной хирургии органов брюшной полости, (вышеозначенной проблемой занималась вся клиника). В 1963 г. защитила кандидатскую диссертацию на тему «Применение местной гипотермии в лечении острого аппендицита, осложненного перитонитом» на заседании Ученого Совета Рязанского медицинского института им. И.П. Павлова. Цель исследования –

изучить влияние местного охлаждения различной длительности на больных острым аппендицитом и ограниченным перитонитом и выработать наиболее рациональную методику лечения местным охлаждением. В результате проведенной работы в 5 сериях у 50 больных с местной гипотермией правой подвздошной области в сроки 5, 15, 30, 60 минут и 2 часа пузырем со льдом диаметром 24,5 см. и массой 1400 гр. было доказано на основании микро-термометрии, электромиографии и артериальной осциллографии, что при воспалительных процессах в брюшной полости наиболее рационально применять тридцатиминутное охлаждение с часовыми перерывами в течение нескольких дней, до установления нормальной температуры, ликвидации симптомов перитонита и интоксикации. Результаты проделанной работы нашли широкое применение в экстренной абдоминальной хирургии [7].

В 1964 г. З.К. Забегальская избрана на должность доцента кафедры. В 1969 г. защищает докторскую диссертацию «Патогенез и лечение аппендикулярного инфильтрата» на заседании Ученого Совета в Куйбышевском медицинском институте и одним из официальных оппонентов являлся ЗДН РСФСР, профессор А.М. Аминев – великий проктолог современности, создатель Куйбышевской (Самарской) школы проктологов. С 1970 г. З.К. Забегальская возглавляет кафедру госпитальной хирургии с курсом челюстно-лицевой хирургии, онкологии, детской хирургии. В 100-кочном отделении оказывалась неотложная помощь взрослым, детям, больным с челюстно-лицевой патологией. С 1977 г. кафедра имеет базу в 3-х отделениях общей численностью 180 коек в новом корпусе 1-й городской больницы скорой медицинской помощи. Формирование хирургической службы, единого подхода к тактике при экстренной абдоминальной патологии, преемственности было заложено совместными усилиями З.К. Забегальской и главным врачом больницы, хирургом, депутатом Верховного Совета РСФСР, колоритной фигурой В.Е. Черновым, а также начмедом по хирургии Н.И. Михайловым [6, 7].

З.К. Забегальская является автором 60 научных работ, посвященных актуальным вопросам гнойной хирургии, патологии органов брюшной полости и организации здравоохранения. Под ее руководством выполнена одна докторская диссертация Г.А. Гавриленко, 8 кандидатских диссертаций.

З.К. Забегальская – член Ученого Совета Минздрава РСФСР, была делегатом Республиканских и Всесоюзных конференций и съездов хирургов, XXIV конгресса Международного общества хирургов. В течение 12 лет она совмещала руководство кафедры и одновременно была проректором по научно-исследовательской работе института (ныне – университета). Под ее руководством создан научно-исследовательский сектор со своим ученым советом, где планировались научные прикладные и диссертационные исследования по производственной тематике, координировались научные исследования, в том числе по заказу производственного объединения

«Оренбурггазпром». В Оренбургском мединституте (ныне – университет) при активном участии профессора З.К. Забегальской была организована и открыта (1976 г.) проблемная научно-исследовательская лаборатория по изучению механизмов естественного иммунитета (организатор и первый руководитель – профессор О.В. Бухарин). По ходатайству коллективов медицинской академии (ныне – университет) и 1-й горбольницы 7 сентября 2012 года была установлена мемориальная доска профессору З.К. Забегальской на здании больницы [1, 6, 7, 9].

Профессор Гавриленко Геннадий Андреевич (1939-1999гг.) возглавил кафедру госпитальной хирургии после безвременной кончины профессора З.К. Забегальской в 1985 г. В начале своей научной деятельности занимался вопросами реконструктивной хирургии. Его кандидатская диссертация «Пластика окончатых и циркулярных дефектов пищевода синтетическими проницаемыми протезами в сочетании с аутоотканиями (экспериментально-морфологическое исследование)». Во время работы на кафедре госпитальной хирургии научные исследования были сосредоточены на проблеме абдоминальной хирургии и посвящены обоснованию, разработке и внедрению новых методов лечения больных с различной экстренной патологией органов брюшной полости. Это нашло отражение в его докторской диссертации «Клинико-экспериментальное обоснование применения антиоксидантов и липосом с инсулином в пред- и послеоперационном лечении механической желтухи». Вопросам активации процессов липопероксидации при различной патологии, применению гиалуроновой кислоты были посвящены исследования его учеников, выполнивших кандидатские диссертации.

Профессор Г.А. Гавриленко разрабатывал методики преподавания хирургических болезней (клинические деловые игры по госпитальной хирургии). Он был председателем проблемной комиссии по хирургии, входил в состав методического совета Оренбургского мединститута (ныне – университет) по разработке и внедрению новых учебных планов для лечебного и педиатрического факультетов.

Таким образом, накопленный опыт научной хирургической школы Оренбуржья представляет интерес в историческом, методологическом, организационном аспектах. Все богатство духовного и профессионального опыта медицинской общественности Оренбуржья должно найти достойное применение.

Литература

1. Библиография диссертаций, научных, учебных и методических изданий Оренбургского государственного медицинского института (1944-1994гг.) / Сост.: И.И. Каган, Л.Б. Авеличева, Т.В. Асабина, В.И. Козлова; Под ред. проф. И.И. Кагана. – Оренбург, 1994. – 92 с.

2. Каган И.И. Оренбургская государственная медицинская академия: вчера, сегодня, завтра. – Оренбург, 2001. – 31 с.

3. Каган И.И. Оренбургская государственная медицинская академия: этапы развития и летопись. – Оренбург, 2004. – 168 с.: ил. Оренбургская государственная медицинская академия: история кафедр и подразделений / Ред.- сост. проф. И.И. Каган. – Оренбург, 2005. – 336 с.: ил.

4. Каспрук Л.И., Тарасенко В.С. Научная хирургическая школа профессора Степана Петровича Вилесова // Справочник врача общей практики. – Москва, 2016. – №2. – С. 63-66.

5. Каспрук Л.И. Хирурги Оренбургского государственного института (ныне – университет) – участники Великой Отечественной войны 1941-1945гг. // Медсестра. – Москва, 2015. – №9. – С. 25-29.

6. Оренбургская государственная медицинская академия: клинические базы / Ред.- сост.: проф. В.А. Дереча, доц. В.В. Приходько. – Оренбург, 2004. – 96 с.

7. Оренбургская государственная медицинская академия: библиография диссертаций и печатных изданий. – / Каган И.И., Асабина Т.В., Черемухина О.М., Козлова В.И.; под ред. проф. И.И. Кагана. – Оренбург, 2005. – 224 с.

8. Сотрудники ОрГМА – участники Великой Отечественной войны / Сост.: Каган И.И., Асабина Т.В.; Под ред. проф. И.И. Кагана. – Информационный вестник Музея истории ОрГМА. – Оренбург, 2005. – Вып. 2-й. Серия «История ОрГМА». – 76 с.: ил.

9. Шевлюк Н.Н., Стадников А.А. Оренбургская государственная медицинская академия: биографический словарь профессоров и доцентов. – Оренбург, 2005. – 368 с.

СТАНОВЛЕНИЕ ВОРОНЕЖСКОЙ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ НАУЧНОЙ ШКОЛЫ

Н.С. Мамонова, А.С. Иванникова, А.В. Почивалов, Л.В. Мошурова

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко Министерства здравоохранения РФ

THE FORMATION OF THE VORONEZH CHILDREN'S PULMONOLOGY SCIENTIFIC SCHOOL

N.S. Mamonova, A.S. Ivannikova, A.V. Pochivalov, L.V. Moshurova

Voronezh State Medical University named after N.N. Burdenko of the Ministry of Health of the Russian Federation

Аннотация: статья посвящена истории становления и развития воронежской детской пульмонологической научной школы.

Ключевые слова: история медицины, педиатрия, пульмонология, научная школа.

Abstract: the article is devoted to the history of formation and development of the Voronezh children's pulmonological scientific school.

Key words: history of medicine, pediatrics, pulmonology, scientific school.

Одной из известных и признанных в России воронежских научных школ в области педиатрии является пульмонологическая, история которой связана

с многолетней плодотворной деятельностью сотрудников кафедры факультетской педиатрии Воронежского государственного медицинского института имени Н.Н. Бурденко, ныне кафедры пропедевтики детских болезней и педиатрии Воронежского государственного медицинского университета имени Н.Н. Бурденко.

Болезни органов дыхания на протяжении многих лет занимают первое место в структуре детской заболеваемости (Баранов 2012; Таточенко 2012; Izadnegahdar 2013). Нередко бронхолегочная патология характеризуется осложненным и рецидивирующим течением, приводящим к инвалидизации ребенка, и снижая качество его жизни (Почивалов 2013; Иванникова, Почивалов 2015; Иванникова 2016). В связи с этим исследования проблем детской пульмонологии являются не только актуальными, но и социально-значимыми.

Заболевания органов дыхания и туберкулез были сферой научных интересов с момента организации кафедры факультетской педиатрии в 1946 году, первым заведующим которой стал профессор Лев Давыдович Штейнберг (1896 – 1955). Л.Д. Штейнберг окончил Киевскую медицинскую академию в 1921 году и с 1930 года стал работать в Воронежском медицинском институте ассистентом, а с 1935 года доцентом кафедры детских болезней лечебного факультета. В 1937 году после защиты докторской диссертации на тему: «Материалы к клинике железисто-медиастинального туберкулеза у детей» Л.Д. Штейнберг стал заведующим кафедрой. В годы Великой Отечественной войны он заведовал различными педиатрическими кафедрами Воронежского и Астраханского медицинских институтов. С 1943 по 1955 год Лев Давыдович являлся членом совета лечпрофпомощи детям Минздрава СССР. Результаты его научных работ отражены в многочисленных научных статьях и в 8 монографиях, одна из которых была переведена на испанский язык. Под его руководством были защищены 6 кандидатских и 1 докторская диссертация В.Н. Гольдиной «Ателектазы в клинике легочных заболеваний у детей» в 1951 году. С 1955 по 1983 год кафедрой факультетской педиатрии заведовала доцент Наталия Ивановна Георгиевская (1899 – 1983), в те годы в центре научных интересов кафедры стояли вопросы ревматизма у детей, также продолжались исследования проблем детской пульмонологии.

Подлинное признание, авторитет и уважение воронежской педиатрической пульмонологической школы связаны с именем профессора Валентины Александровны Платоновой (р. 1928). Ещё будучи ребенком, пережив в годы Великой Отечественной войны все тяготы ленинградской блокады, она решила избрать милосердную профессию врача. После окончания школы в 1947 году В.А. Платонова поступила в Ленинградский государственный медицинский педиатрический институт, где и произошло формирование личности выдающегося педиатра, педагога и учёного. Ученица М.С. Маслова молодым кандидатом наук, защитившим диссертацию по туберкулезу

у детей, в 1957 году она приехала из города Ленинграда в город Воронеж. Сферой научных интересов В.А. Платоновой в шестидесятых годах прошлого столетия стали хронические бронхолегочные заболевания, такие как хроническая пневмония, врожденная и наследственная патология у детей. Результатом многолетних научных исследований и огромной практической работы по диагностике, лечению и внедрению этапной реабилитации стала защита в 1972 году докторской диссертации «Клинико-рентгено-бронхолегочная характеристика хронических бронхолегочных заболеваний у детей и вопросы организации их диспансерного обслуживания». Стоит отметить тот факт, что в те годы в Воронежской области распространенность хронической пневмонии стала одной из самых низких в России, а также снизилась инвалидизация и смертность детей при этой патологии, впервые в регионе были диагностированы редкие бронхолегочные заболевания у детей (муковисцидоз, пороки развития трахеи и бронхов, альвеолит).

Став в 1969 году заведующей кафедрой факультетской педиатрии, В.А. Платонова создала сплоченный и трудолюбивый коллектив педагогов-исследователей, который начал вести многогранную и систематическую научно-исследовательскую работу по различным аспектам бронхолегочной патологии и сформировал воронежскую школу педиатров – пульмонологов. 11 кандидатских диссертаций были защищены в разные годы по проблемам педиатрической пульмонологии (Г.Е. Свиридова, И.В. Куликова, А.С. Блинова, Л.В. Ульянова, А.В. Почивалов, Е.Д. Черток, Е.И. Погорелова, А.А. Звягин, В.А. Дубровский, Л.С. Немых, В.Н. Холупкин)

Особая заслуга В.А. Платоновой – создание воронежского пульмонологического центра и первой в Центральном Черноземье «Астма-школы», плодотворно функционирующих и по сей день. Признанием научно-практических достижений явилось награждение профессора В.А. Платоновой знаком «Отличник здравоохранения» (1968 г.), орденом Ленина (1976 г.), присвоение почетного звания «Заслуженный работник высшей школы РФ» (1997 г.), лауреата «Золотой фонд Воронежской области» (2000 г.), звания «Почетный профессор ВГМА» (2003 г.).

Двое учеников В.А. Платоновой защитили докторские диссертации и продолжили самостоятельно успешно работать: в 1994 году А.Ф. Неретина, в 1998 году А.В. Почивалов. Так, Алла Фёдоровна Неретина стала заведующей кафедрой детских болезней лечебного факультета. В центре научных интересов сотрудников кафедры были проблемы хронической бронхолегочной патологии у детей. Под руководством А.Ф. Неретиной был организован региональный центр муковисцидоза в г. Воронеже, оказывающий лечебно-диагностическую помощь и реабилитацию пациентам с данной патологией и функционирующий по сей день под руководством доцента В.С. Ледневой – выпускницей Воронежской медицинской академии имени Н.Н. Бурденко.

Александр Владимирович Почивалов с 1999 года стал руководить кафедрой факультетской педиатрии. В 2011 года обе кафедры были объединены в кафедру пропедевтики детских болезней и педиатрии под руководством Александра Владимировича продолжили активную работу в области изучения проблем детской пульмонологии: аллергических заболеваний органов дыхания, муковисцидоза, туберкулеза, новых методов лечения и санаторной реабилитации пациентов, сопряженность с гастроуденальной патологией, дисплазией соединительной ткани и других. Под руководством профессора А.В. Почивалова и его консультировании сотрудниками кафедры защищены 2 докторских и 17 кандидатских диссертаций. Он является автором более 900 научных публикаций в центральной и местной печати, в том числе 8 монографий, экспертом национальной программы по бронхиальной астме, проекта Российских рекомендаций по наследственным и многофакторным нарушениям соединительной ткани у детей.

В настоящий момент воронежская научная педиатрическая пульмонологическая школа продолжает развиваться. По результатам научной работы сотрудниками ежегодно публикуется 60 – 70 печатных работ, делается 10 – 12 докладов на всероссийских и международных конференциях, конгрессах и симпозиумах, внедряются новые методы диагностики, лечения и реабилитации детей, продолжается работа центра муковисцидоза в г. Воронеже, проводится большая лечебная работа по оказанию консультативной помощи больным и врачам Воронежской, Белгородской, Липецкой областей.

Литература

1. Баранов А.А. Состояние здоровья детей в Российской Федерации // Педиатрия. 2012. Т. 91, №3. С. 9 – 14.
2. Болезни органов дыхания у детей: практическое руководство / под ред. В.К. Таточенко. Москва: ПедиатрЪ, 2012. 480 с.
3. Влияние дисплазии соединительной ткани на течение респираторной патологии у детей / А.В. Почивалов [и др.] // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия Медицина. Фармация. 2013. №25 (168). Вып. 24. С. 45-49.
4. Иванникова А.С., Почивалов А.В. Особенности течения бронхиальной астмы у детей на фоне дисплазии соединительной ткани // Российский педиатрический журнал. 2015. Т. 18, №1. С. 10-14.
5. Клинические особенности течения острых воспалительных заболеваний нижних дыхательных путей у детей на фоне дисплазии соединительной ткани / А.С. Иванникова [и др.] // Прикладные информационные аспекты медицины. 2016. Т. 19, №4. С. 175-179.
6. Childhood pneumonia in developing countries / R. Izadnegahdar [et al.] // The Lancet Respiratory Medicine. 2013. Vol. 1, №7. P. 574-584.

6. ВОЗВРАЩЕННЫЕ ИМЕНА

К НАУЧНОЙ БИОГРАФИИ В.П. ОБРАЗЦОВА (1851–1920)

В.И. Бородулин

Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва

К.К. Васильев

Одесский медицинский университет (Одесса, Украина)

М.В. Поддубный

Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва

А.В. Тополянский

Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова, Городская клиническая больница имени С.И. Спасокукоцкого, Москва

THE SCIENTIFIC BIOGRAPHY OF V.P. OBRAZTSOV (1851–1920)

V.I. Borodulin

National Institute of public health named after N.Semashko, Moscow

K.K. Vasilyev

Odessa medical University (Odessa, Ukraine)

M.V. Poddubny

National Institute of public health named after N.Semashko, Moscow

A.V. Topolyansky

Moscow state medical dental University named A.I. Evdokimov, Municipal clinical hospital named after S.I. Spasokukotskogo, Moscow

Аннотация: статья представляет обзор источников биографии выдающегося клинициста профессора Киевского университета Василя Парменовича Образцова (1851-1920). Авторы предлагают уточненную канву для его научной биографии, дальнейшая разработка которой – дело будущих исследователей.

Ключевые слова: Василий Парменович Образцов, научные терапевтические школы, Киевский университет Св. Владимира, история медицины.

Abstract: the article presents an overview of the sources of the biography of the eminent Clinician Professor of Kyiv University Vasily Parmenovich Obraztsov (1851–1920). The authors propose a revised outline for his scientific biography, further development is a matter for future research.

Key words: Vasily Parmenovich Obraztsov, scientific therapeutic school, Kyiv University Sant Vladimir, history of medicine.

Классику отечественной клинической медицины профессору киевского Университета св. Владимира В.П. Образцову посвящены многие статьи, воспоминания, брошюры с огромным объемом информации. Беда в том, что этот поток публикаций ни в какой мере не позволяет нам констатировать, что мы имеем достоверную и полноценную научную биографию выдающегося врача. Все перемешано в этом потоке: реальные факты и досадные ошибки, надежные свидетельства и легковесные домыслы, невольные искажения и даже прямые фальсификации действительных событий. Перед нами изрядно мифологизированный памятник в бронзе, а не живой портрет удивительного человека, врача и ученого. Приводим ряд примеров, чтобы читатель убедился, что наши утверждения не голословны.

Биографии открываются датами рождения: применительно к Образцову это – и 1851-й, и 1850-й и даже 1849-й год (на его памятнике на Лукьяновском кладбище ошибочно указан именно 1849-й год). Соответственно, его ведущий ученик и сотрудник Н.Д. Стражеско подсчитал, что он умер на 71-м году жизни [1], но он умер, немного не дожив до 70 лет. В студенческие годы он участвовал в революционном движении и, по косвенным свидетельствам, даже в покушении на жандармского полковника, но фигурируют и совершенно фантастические сведения о его участии в покушении на императора Александра II. Киевский период своей жизни Образцов начал ординатором военного госпиталя, но вскоре ушел с военной службы; когда именно? – С. Томашевский (1910) называет начало 1884 г., другие биографы указывают 1885 г. Известно, что он был женат дважды, но его первая жена Александра Александровна (из купцов, имела врачебный диплом и практиковала в Киеве как гинеколог), в девичестве была не то Гущина, не то Гужина (даже Гужин; указывают и так, и так). Вторая его жена (в девичестве княжна Чегодаева) была до того женой В.К. Линдемана, из-за чего два почтенных профессора университета стали героями скандальной, «на весь Киев», дуэли; но можно ли говорить о повторных браках Линдемана и Образцова, когда в России расторжение церковного брака было делом почти немислимым? И где жил Образцов до 1910 г. – до переезда в свой особняк на Фундуклеевской? С какого времени и до какого года продолжалась преподавательская деятельность профессора Образцова на кафедре факультетской терапии (в воспоминаниях одного из ближайших учеников Ф.А. Удинцева ошибочно указано – с 1904 по 1922 г.)? И в каком году вторая жена с дочкой и сыном эмигрировали в Германию, оставив больного Образцова? И т.д., и т.п.

Не следует думать, что многое остается неясным, противоречивым в биографии выдающегося ученого, но уж в отношении его научного вклада все давно установлено. Нет, многие авторы продолжают называть метод глубокой скользящей топографической пальпации живота методом Образцова – Стражеско, тогда как всей врачебной Европе он был известен как пальпа-

ция по Гленару – Образцову – Гаусману, и продолжают упорно писать, что Образцов и Стражеско первыми в мире поставили прижизненный диагноз инфаркта миокарда, хотя в их собственном докладе на съезде терапевтов указано, кто и когда это сделал. А ведь эти «описки» касаются высших творческих достижений В.П. Образцова. Предлагаем поэтому краткую уточненную канву («скелет») для его научной биографии, дальнейшая разработка которой – дело будущих исследователей.

«Василий Парменович Образцов родился 12 января 1851 г. (1 января 1851 г. по старому стилю). Точная дата рождения В.П. Образцова установлена по свидетельству о рождении № 4508, хранящемуся в Центральном государственном военно-историческом архиве СССР (ф. 316, оп. 63, ед. хр. 4410)» – указал автор посвященной ему монографии А.Я. Губергриц [2]. Однако в XIX в. разница между старым и новым стилем составляла 12 дней и, следовательно, Образцов родился не 12, а 13 января, или – в современной энциклопедической записи – 1(13).1.1851 г. Место рождения уточнено одним из первых его серьезных биографов-исследователей В.П. Бревновым на основании документов Государственного архива Вологодской области и свидетельств родственников – потомков Пармена Образцова [3]: деревня Поповка Хреновской волости Вологодского уезда. Однако под Вологдой были два десятка «Поповок», но в списках Хреновской волости деревня Поповка не фигурирует. Василий Образцов происходил из семьи захудалого приходского священника церкви Василия Великого на Тошне, или «Васильевской церкви, что на Тошне». Храм был в одноименном селе – Васильевское на Тошне, или Васильевско-Тошинский погост, где на 1859 г. значилось три двора и проживало 7 душ мужского и 7 душ женского пола [4].

Соответственно метрическому свидетельству Васильевской Тошнинской церкви [5], «Василий родился 1 (крестился 1) января». Можно сделать вывод, что Пармен Иванович Образцов крестил сына в день его рождения – в Васильев день – в своей церкви. При церкви был дом священника, рядом протекал ручей, который называли «Поповским». По топонимическим исследованиям Ю.И. Чайкиной [6], населенные пункты нередко имели два названия: официальное и просторечное. Так, селения с церквями и дворами лиц духовного звания нередко именовались Поповками. Можно думать, что так произошло и в рассматриваемом случае. Таким образом, по доступным нам сведениям, В.П. Образцов родился в селе Васильевское на Тошне (Поповка) Вологодского уезда Вологодской губернии; ни этого села, ни церкви, где священником был его отец и где он был крещен, теперь уже нет. Сведения о бедственном, полунищем положении семьи Пармена Образцова («Жили в нужде, временами перебивалась с хлеба на воду» [7]), видимо, существенно сгущены – какой-то недостаток должен был быть, поскольку Васильевской на Тошне церкви были выделены участки усадебной, сенокосной и

пахотной земли и две десятины под выгон скота, а в приход церкви входило 14 населенных пунктов, и среди них были крупные деревни, в т. ч. волостной центр Хреново. Поэтому Образцов-старший мог дать сыновьям достойное образование.

Василий Образцов окончил Вологодскую духовную семинарию, а затем Медико-хирургическую академию (1875; ныне ВМА). Его учителями в академии были знаменитые врачи России – терапевты С.П. Боткин и Э.Э. Эйхвальд, хирург Н.В. Склифосовский, оказавшие на него прямое влияние. Он собирался стать хирургом и стал сначала хирургом, затем патологом и только потом (сентябрь 1880 г.) и по стечению обстоятельств (отсутствие вакантных должностей ординатора-хирурга), – терапевтом Киевского военного госпиталя. Он, действительно, был убежденным последователем С.П. Боткина, но нет никаких научных оснований приписывать его к созданной Боткиным великой клинической школе, где на законном основании пребывает коллега Образцова по Университету св. Владимира профессор В.Т. Покровский [8]. Хочется напомнить всем авторам, готовым повторять клишированное утверждение о принадлежности Образцова к школе Боткина, те слова, что сказал в 1921 г. в речи, посвященной памяти Образцова, его ближайший ученик и зять Н.Д. Стражеско: «В(асилий) П(арменович) никогда не проходил ничьей клинической школы, никогда не был ординатором или ассистентом чьей-либо клиники» [9].

Известно, что студент академии Образцов примыкал к революционным группам народников и даже участвовал (по литературным источникам) в покушении на жандармского полковника. Однако указание, что он состоял в «кружке чайковцев, а затем перешел в общество «Земля и воля» [10] выглядит странно, даже при наличии приведенной ссылки на Н.Д. Стражеско и М.М. Губергрица, поскольку это общество возобновило свою деятельность только в 1876 г., а Образцов в 1875 г. уже окончил академический курс. И уж совершенно неправдоподобны все предположения о его участии в покушении на императора Александра II.

Диссертацию «К морфологии образования крови в костном мозгу млекопитающих», начатую в Германии на кафедре Е. Понфика в Бреславле, В.П. Образцов завершил на кафедре гистологии Медико-хирургической академии и блестяще защитил в 1880 г. Это событие ярко описано в классических воспоминаниях Н.Д. Стражеско; там же повторно упоминается руководитель кафедры профессор Зворыкин, но это – описка, речь идет о профессоре Ф.Н. Заварыкине [11]. Талантливому молодому ученому была предложена подготовка к профессуре на кафедре гистологии, но он предпочел врачебную практику; все авторы указывают очевидную причину: он всегда хотел работать в клинике, а не на теоретических кафедрах. Однако представляется, что не менее важной была и другая при-

чина – только врачебная практика могла обеспечить его материальную независимость.

В октябре 1880 г. он приступил к обязанностям ординатора [12] терапевтического отделения Киевского военного госпиталя. Почему терапевтического? – Просто не имелось вакантных должностей в хирургических отделениях. Так фортуна оказала исключительную услугу отечественной клинике внутренних болезней. Однако не прошло и пяти лет, и молодой военный терапевт вынужден был подать в отставку. В литературе, начиная с Н.Д. Стражеско (1922), приводится следующая причина отставки: ладить с начальством он не умел и не хотел, его постоянные выступления против архаичных порядков, царивших в госпитале, требования улучшить оборудование отделения и содержание больных надоели руководству, началась служебная интрига, в результате которой он получил предписание о переводе его в Минск, считавшийся захолустьем. Однако архивные документы опровергают эту версию: суть дела была все в той же «неблагонадежности». От перевода в Минск он отказался наотрез, решив заняться городской частной практикой, и в июле 1885 г. был уволен с военной службы «в связи с домашними обстоятельствами».

Талантливый, опытный, внимательный к больному врач (и коллеги, и пациенты отмечали его неторопливость и ласковость обращения при осмотре больного), он имел все основания рассчитывать на успех, и его надежды оправдались: во второй половине 1880-х годов В.П. Образцов стал очень популярным в городе врачом с крепким достатком; со временем появились и богатый выезд, и своя недвижимость. Понятно, что выбор пал на него, когда городская дума в 1887 г. объявила всероссийский конкурс на место заведующего терапевтическим отделением Киевской городской больницы Цесаревича Александра (Александровская больница). Отделение представляло собой два полутемных неблагоустроенных барака, без лаборатории, без реактивов, без средств на закупку всего необходимого. Но вскоре стационар заработал на полную мощь: энергии Образцова, его врачебного навыка на все хватало, если надо было вложить собственные деньги, он вкладывал. Через несколько лет отделение стало клинической базой университетской кафедры частной патологии и терапии.

Начало педагогической деятельности заведующего терапевтическим отделением городской Александровской больницы доктора медицины В.П. Образцова помечено январем 1891 г., когда после многократных отказов (в связи с политической неблагонадежностью) его все-таки утвердили приват-доцентом киевского Университета св. Владимира [13]. Соответственно, ошибочным является указание в тех же воспоминаниях Н.Д. Стражеско, что «Два раза с 1891 г. по 1892 г. медицинский факультет забаллотировал его как недостойного читать курс заболеваний желудка, кишок и брюшной

полости» [14]. Его деятельность в качестве экстраординарного (с 1893 г.), а затем ординарного (с 1902 г.) профессора кафедры частной патологии и терапии, а в дальнейшем (с 1903 г.) – профессора факультетской терапевтической клиники завершилась выходом в отставку в возрасте 65 лет, в чине действительного статского советника (1909), после чего он еще получил звание заслуженного профессора и был удостоен ордена св. Станислава 1-й степени (1916): так утверждают литературные источники. Но по материалам ежегодных отчетов Университета св. Владимира [15], он как профессор продолжал преподавание до 1918 г.

Так, в отчете за 1915/16-й учебный год читаем: «Ординарный профессор В.П. Образцов (18 ч.), терапевтическая факультетская клиника: клинический разбор больных с болезнями преимущественно желудочно-кишечного канала, крови, обмена веществ, внутренней секреции и мышц...». В его послужном списке отмечено, что в июне 1917 г. ему было поручено чтение лекций по курсу факультетской терапии на 1917/18-й учебный год. В 1918 г. 8 апреля Н.Д. Стражеско подал прошение об увольнении с должности ассистента кафедры факультетской терапевтической клиники; на этом заявлении рукой Образцова написано: «со своей стороны... не возражаю. Директор терапевтической факультетской клиники» [16]. Таким образом, есть все основания утверждать: В.П. Образцов вышел в отставку только в 1918 г. На кафедре его сменил Фёдор Васильевич Вербицкий, который с 1914 г. был профессором университетской кафедры врачебной диагностики с пропедевтической клиникой и в 1918 г. «17 мая – определением Совета университета перемещен ординарным профессором на свободную кафедру терапевтической факультетской клиники» [17].

Под руководством Образцова кафедра факультетской терапевтической клиники Университета св. Владимира превратилась в третий научно-педагогический центр отечественной клиники внутренних болезней – наряду с госпитальной терапевтической клиникой В.Н. Сиротинина в ВМА и факультетской терапевтической клиникой Московского университета, которой руководили В.Д. Шервинский, а затем (с 1907 г.) Л.Е. Голубинин. В факультетской клинике Образцова завершилось начатое им на кафедре частной патологии и терапии формирование оригинальной научной школы, разрабатывавшей главным образом проблемы физиологии и патологии органов пищеварения и сердца. Исключительное врачебное мастерство Образцова опиралось на особенности его методики непосредственного обследования больного, включавшей глубокую скользящую топографическую пальпацию живота, непосредственную перкуссию одним пальцем, аускультацию сердца через стетоскоп в сочетании с непосредственным выслушиванием ухом исследователя. Эти же методические особенности стали отличительной чертой его врачебной школы.

Наряду со школами М.В. Яновского (Петербург) и В.Д. Шервинского – Л.Е. Голубинина (Москва), она была крупнейшей научной школой в клинике внутренних болезней после С.П. Боткина (мы не касаемся здесь сложного вопроса о научной школе В.Н. Сиротинина, т. к. эта тема представляется недостаточно разработанной). Среди многочисленных учеников, составивших школу В.П. Образцова, наиболее известны академик Н.Д. Стражеско и академик АН УССР М.М. Губергриц (Киев), проф. Л.Б. Бухштаб (Одесса), основавшие свои научные школы; профессора А.З. Былина (Варшава), В.Н. Михайлов и Ф.А. Удинцев (Киев). Слишком рано скончавшийся (в 35 лет) его ученик Г.П. Хосроев успел опубликовать одно из первых в России руководств по болезням крови [18]. Всего, по данным В.П. Бревнова, из клиники Образцова вышло 10 гематологических работ. К школе Образцова обычно причисляют также Г.Р. Рубинштейна и Б.И. Трусевича, однако здесь есть все основания для сомнений. Г.Р. Рубинштейн, действительно, называл себя учеником Образцова и работал под его руководством с 1904 по 1908 г., но к тому времени он уже был опытным патологоанатомом и клиницистом, доктором медицины и приват-доцентом Юрьевского университета, а в дальнейшем стал выдающимся советским фтизиатром-пульмонологом, что никак не соответствует научному профилю школы Образцова. Самый молодой из названных клиницистов Б.И. Трусевич, в дальнейшем – академик АН БССР, окончил университет в 1916 г., был призван в армию и только после демобилизации около двух лет работал ординатором в факультетской терапии – в эти годы Образцов уже никого не учил.

Ведущими в научном творчестве В.П. Образцова были вопросы физиологии и патологии органов брюшной полости и сердечно-сосудистой системы; он внес ценный вклад в дальнейшее становление и гастроэнтерологии, и кардиологии как самостоятельных клинических дисциплин. Известный медицинскому миру как автор методической пальпации (1887), Образцов не был ни пионером глубокой пальпации желудка и кишечника, ни пропагандистом, обеспечившим ее победное шествие по европейским (и только потом – и по отечественным) клиникам. В XIX веке и терапевты, и хирурги ощупывали живот, чтобы определить состояние желудка, печени, желчного пузыря, выявить камни и опухоли. До открытия наркоза и антисептики брюшная хирургия не развивалась; даже такие корифеи хирургии, как Н.В. Склифосовский, ставили диагноз «опухоль в брюшной полости». Первым, кто объявил о возможности прощупывания кишки, был французский врач Ф. Гленар (F. Glenard), разработавший учение об энтероптозе (1885): он указал на принципиальную возможность пальпации толстой кишки и предложил методику прощупывания ее отдельных частей и желудка. Однако он полагал, что пальпировать можно только патологически измененные органы брюшной полости, предложенный им метод не получил распространения.

Независимо от Гленара, почти одновременно с ним (1887), Образцов начал публикацию результатов своих исследований, в которых он шел от изучения нормы к изучению патологии, с соблюдением неперемного методического требования – ось пальпирующей руки должна быть перпендикулярна оси цилиндра кишечной трубки, пальпирующие пальцы должны скользить в том же поперечном направлении. И ход его мыслей, и выводы, к которым он пришел, как всегда, были совершенно неожиданными: он заявил, что применяя его методику, можно прощупать отдельные участки не только патологически измененного, но и нормального желудочно-кишечного тракта. Применяя свой метод, он добился исключительных врачебных успехов. Вместе с учениками он настойчиво его разрабатывал и пропагандировал. Однако мы не знаем, пользовались ли этим методом в Киеве за пределами его клиники, в остальной же России его практически не применяли. И тут сыграл свою важнейшую роль последователь Образцова Гаусман.

Прибалтийский немец Федор (Теодор) Оскарович Гаусман (Haussmann), родившийся в Гродненской губернии (1868), окончивший Дерптский университет (1894) и работавший как в России, так и в Германии, после первой же публикации Образцова приступил к систематическому изучению возможностей нового диагностического метода, обогатил метод рядом важных приемов, дал ему научное физиологическое обоснование, провел контрольные клиничко-рентгенологические сопоставления, подробно описал метод в своих многочисленных публикациях на немецком и русском языках и активно пропагандировал его на врачебных съездах и специальных курсах для врачей Мюнхена и Берлина. Его усилиями метод Образцова был внедрен в немецкую, а затем – в европейскую и российскую клиническую практику. В своих работах и выступлениях Гаусман постоянно подчеркивал приоритет Образцова. В свою очередь, Образцов добился в Совете Университета св. Владимира присуждения Гаусману научной степени доктора медицины *honoris causa* – без предоставления им диссертации и в отсутствие самого диссертанта (что было случаем беспрецедентным). В дальнейшем Ф.Гаусман стал академиком АН БССР (1931) [19]. Понятно, что метод называли пальпацией Образцова – Гаусмана или Гленара – Образцова – Гаусмана.

Ученики Образцова (Н.Д. Стражеско и другие), как и ученики Стражеско (В.Х. Василенко) совершенствовали отдельные приемы глубокой скользящей пальпации, способствовали популяризации метода среди отечественных врачей, но они благоустраивали уже построенное здание. С исторической точки зрения представляется некорректным называть этот метод пальпацией Образцова – Стражеско либо Образцова – Стражеско – Василенко (что было принято в учебниках и статьях в советский период) [20]. В современной медицине широкое внедрение методов инструментальной

диагностики отодвинуло способы непосредственного исследования больного на второй план, но они сыграли свою роль в истории медицины.

Второй творческой вершиной, которая наряду с методической пальпацией создала Образцову славу классика отечественной клиники внутренних болезней, явились его приоритетный доклад на I съезде российских терапевтов в Москве и статьи на русском и немецком языках (совместно с Н.Д. Стражеско; 1909–1910) с описанием клинической картины и диагностики острого тромбоза венечных артерий сердца (инфаркта миокарда). Были названы четыре ведущих синдрома острого периода заболевания – ангинозный статус, астматический статус, псевдогастралгия и острая слабость сердца; отмечены опорные критерии дифференциальной диагностики тромбоза венечных артерий и не осложненной грудной жабы. Оптимистически звучали заключительные слова докладчика: «*Всякий другой врач на нашем месте не мог бы, нам кажется, поставить никакого другого диагноза, кроме поставленного нами*» [21]. Это были ключи к диагностике инфаркта миокарда, вложенные в руки практического врача, и отправной пункт нового этапа в развитии проблемы, разрабатывавшейся до этого преимущественно в плане патоморфологической и клинической казуистики, – этапа клинических, а вскоре и клиничко-электрокардиографических исследований. По поводу частого утверждения о «*впервые в истории медицины поставленном Образцовым и Стражеско прижизненном диагнозе инфаркта миокарда*» можно напомнить, что сам Образцов в своем докладе указал, что это сделал немецкий врач А. Хаммер в 1878 г.

Разумеется, у В.П. Образцова и его научной школы были (и немало!) другие научные достижения по проблемам физиологии и патологии органов брюшной полости и сердца, системы крови и инфекционных болезней (например, по проблемам ритма галопа – звукового и осязательного феномена, который был образно назван Образцовым «*криком сердца о помощи*»; раздвоения первого тона при недостаточности клапанов аорты – симптом «*бисистолии Образцова*», 1908; нормального третьего тона сердца и т.д.). Мы здесь остановились только на вершинных научных достижениях выдающегося клиничесиста.

Личная жизнь Василия Парменовича – исключительный подарок для всех старателей истории как мифопоэтического творчества. Рослый, косясажень в плечах, и красивый, веселый и ласковый, талантливый и успешный, состоятельный и щедрый – он был любителем, знатоком и любимцем киевских женщин. Кульминацией его любовных подвигов была, конечно, история с «*увозом на рысаках*» княжны Чегодаевой, жены профессора В.К. Линдемана, с последовавшей дуэлью Линдемана и Образцова, этих блестящих профессоров Университета св. Владимира. Весь город долго развлекался перипетиями сей романтической истории, которая в прессе, разумеет-

ся, обросла многими взаимоисключающими подробностями; в дальнейшем это стало основой всяческих недомолвок, пропусков, искажений и прямых домыслов в сведениях о семейной жизни Образцова. Попробуем реконструировать – кратко, в общих чертах – реальный ход этих событий, происходивших в 1908-м году.

Василий Парменович влюбился в молодую (1873-го года рождения), интересную, умную Варвару Владимировну, жену Линдемана, мать двух детей, и сумел, хотя ему самому было уже «под шестьдесят» (Линдеману было сорок), добиться ответной глубокой любви. Их открытая связь неминуемо вела к публичному скандалу. Владимир Карлович Линдеман – талантливый ученый-патолог, один из ведущих представителей московской научной школы А.Б. Фохта, яркая сильная личность, обладал крутым характером, был надменен и суров. Уязвленный нанесенным ему оскорблением, он в университете, на заседании совета бросил обидчику перчатку, обозвал «подлецом» и вызвал его на дуэль. Усилиями секундантов, почти удвоивших расстояние между участниками дуэли, она была сорвана, поскольку – по заявлению Линдемана – превратилась в фарс. В результате все окончилось скандальным разводом Линдемана и вступлением дуэлянтов в новые браки. И здесь в тех источниках, которые пытаются осмыслить эти события, разницей и недоумение по поводу «загадки»: как мог Образцов получить разрешение церкви на повторный брак? [22]. Но он его и не получал: Образцовы жили в гражданском браке, со всеми вытекающими отсюда последствиями, – до 1916-го года, когда умерла первая жена, и они смогли зарегистрировать официальный церковный брак.

Приводим свидетельство «с места события»: «Великий врач, как его называли в литературе, Василий Парменович Образцов, будучи уже не молодым человеком, влюбился в свою ученицу «на закате солнца», оставил семью и стал невенчанным жить с молоденькой женой. Варвара не была красоткой-соблазнительницей. Она была миловидная миниатюрная женщина, очень скромная и очень добрая, излучавшая какой-то тихий свет. Она родила двоих детей – наших ровесников, Женю и Васю, с которыми мы дружили, часто бывая в особняке на Фундуклеевской, где жили Образцовы. До революции этот брак был воспринят окружающими, особенно профессорскими женами, как скандальный, и их перестали «принимать» у себя. Мама же, человек передовых взглядов, стала дружить с ними, бывать в доме, показываться в театре в их ложе, подчеркивая свою симпатию к этой новоявленной Анне Карениной» [23]. В повторный законный брак смог вступить только В.К. Линдеман, т.к. его первый брак был расторгнут по указу Священного Синода от 24.9.1908 г. с предоставлением ему права вступить в новый брак [24].

Богатырское здоровье Образцова дало первую трещину в 1909 г., когда появились приступы грудной жабы, которые в следующем году участились.

В 1912 г. он впервые, по собственному желанию, был осмотрен Стражеско: выявлены высокая артериальная гипертензия, расширение сердца, изменения аорты. Обнаружили и повышенный уровень сахара в крови. Он стал уставать, заговорил о близости конца. Через пару лет самочувствие улучшилось, но началась Первая мировая война. Василий Парменович громких слов не любил и свой патриотизм напоказ не выставлял, но он всегда был искренним глубоким патриотом России, тяжело переживал военные неудачи и развал экономики, всеобщее воровство и бездарность руководства страны. Революция, а затем Гражданская война окончательно порушили все устои жизни старой России. Пришли голод, разруха, эпидемии инфекционных болезней, чрезвычайные комиссии: «ЧК» стало самым страшным словом того времени. Известно, что «после февральской революции начались совместные заседания профессуры и студенчества с целью установления взаимоотношений в новой обстановке. Впоследствии студенты – участники этих совещаний способствовали освобождению арестованного ЧК проф. В.П. Образцова» [25].

На фоне тяжелых условий существования и стрессовых ситуаций Василий Парменович перенес геморрагический инсульт, после которого речь не восстановилась. Он чрезвычайно тяжело переживал свое беспомощное состояние; ученики несколько раз предотвращали его суицидальные попытки. Варвара Владимировна с детьми уехала в Германию (мы не знаем – по его решению или против его воли). Поскольку пациентов уже не было, не было и денег на полноценное питание и дрова: его роскошный особняк не отапливался. В декабре 1920 г. он заболел гриппом, который осложнился пневмонией. Ученикам удалось поместить его в частную Георгиевскую больницу: последние дни жизни он провел в тепле, сытым, ухоженным. Он умер 27 декабря 1920 г. [26] и был похоронен на кладбище Покровского монастыря.

Оказалось, что Киев все же не забыл, что беспомощный, политически неблагонадежный и «классово чуждый» старик был до того великим врачом России. Киевский губревком на заседании 27.12.1920 г. постановил: «...расходы по похоронам проф. Образцова принять на счет республики, а семью его обеспечить пенсией в 4-кратном размере средней заработной платы по Киевскому поясу» [27]. К сожалению, получать эту пенсию было уже некому. В 1934 г. прах Образцова перезахоронили на Лукьяновском кладбище, но только в 1994 г. могила была благоустроена и установлен (на средства терапевтического общества) памятник – православный крест. К 25-летию со дня его смерти на совместном заседании Киевского терапевтического общества и Киевского медицинского института Н.Д. Стражеско, М.М. Губергриц и Ф.А. Удинцев выступили с воспоминаниями об учителе, которые в 1947 г. опубликованы в виде их коллективной книги «Профессор В.П. Образцов».

Соответственно постановлению правительства Украинской ССР (1950) к столетию со дня рождения Образцова изданы его «Избранные труды», на территории Александровской (в УССР – Октябрьской) больницы установлен памятник – бюст на шестигранном постаменте (бронза, лабрадорит; скульптор М.П. Вронский), на здании клиники – мемориальная доска; кафедре факультетской терапии Киевского медицинского института присвоено его имя. Наконец, в 1989 г. открыта мемориальная доска на здании военного госпиталя, где в молодости работал В.П. Образцов.

Литература

1. Стражеско Н.Д., Губергриц М.М., Удинцев Ф.А. Профессор В.П. Образцов. К., 1947. – С. 27.
2. Губергриц А.Я. В.П. Образцов и его школа. – М.: «Медицина», 1990. – С. 3.
3. Бревнов В.П. Вологодский период жизнедеятельности В.П. Образцова // Клиническая медицина. – 1969. – № 2. – С. 145–147.
4. Список населенных мест Российской империи. Вологодская губерния. – СПб, 1866. – Т. 7. – С. 49.
5. Приведено в кн.: Передерий В.Г., Шипулин В.П. Настоящие врачи. Из истории кафедры факультетской терапии № 1 Национального медицинского университета. – Киев, 2001. – 168 с.
6. Чайкина Ю.И. Географические названия Вологодской области. Топонимический словарь. – Архангельск, 1988. – С. 184–185.
7. Губергриц А.Я. В.П. Образцов – М.: «Медицина», 1972. – С. 5.
8. Бородулин В.И. В.П. Образцов и его школа // Очерки истории отечественной кардиологии. – М., 1988. – С. 65–88.
9. Стражеско Н.Д. Памяти профессора В.П. Образцова // Киевский медицинский журнал. – 1922. – № 1. – С. 2.
10. Губергриц А.Я. Цит. соч., с. 6.
11. Стражеско Н.Д. и др. Цит. соч, с. 10, 11.
12. Бойчак М.П. История Киевского военного госпиталя... – Киев, 2005. – С. 435–439. В указанное время в военных госпиталях еще не была введена должность заведующего отделением.
13. Послужной список В.П. Образцова. Гос. архив г. Киева. – Ф. 16. – Оп. 465. – Д. 4803. – Л. 38–58.
14. Стражеско Н.Д. и др. Цит. соч., с. 16.
15. См. напр.: Отчет о состоянии и деятельности Императорского университета св. Владимира. – Весеннее полугодие 1915–1916 уч. г. // Университетские известия. – 1916. – № 1. – С. 8–12.
16. Прошение Н.Д. Стражеско об увольнении // Гос. архив г. Киева. – Ф. 16. – Оп. 479. – Д. 25. – Л. 1–2.
17. Васильев К.К. Терапевт профессор Ф.В. Вербицкий (1881–1971) // XI Крымские международные Шмелевские чтения. – Алушта, 2004. – С. 232–236; Формулярный список профессора Вербицкого // Гос. архив г. Киева. – Ф. 16. – Оп. 465. – Д. 4775. – Л. 24–29.
18. Хосроев Г.П. Краткое руководство к изучению клинической гематологии для врачей и студентов. – СПб.: К.Л. Риккер, 1913.
19. Установить дату и место смерти Ф. Гаусмана не удалось. По данным белорусских авторов, он умер в 1844 г. в Чехии, а по другим источникам – «в Инсбруке во время операции

по поводу желчного перитонита» (Змачинская Н.Ф. и др. Заведующие кафедрами и профессора Минского медицинского института. 1921–1996. Биографический справочник. – Минск, 1999. – С. 176–177). Но немецкий историк медицины проф. П.Фосвинкель (P.Voswinkel) в личном письме сообщил, что по немецким источникам, Th.Hausmann сотрудничал с оккупационной властью и в 1944 г. убит партизанами в Минске.

20. Бородулин В.И., Бревнов В.П., Махмутова Г.Н. К истории создания методов физической диагностики: о приоритете отечественной клиники внутренних болезней в разработке методической пальпации // Терапевтический архив. – 1992. – Т. 64. – № 4. – С. 112–116.

21. Образцов В.П., Стражеско Н.Д. К симптоматологии и диагностике тромбоза венечных артерий сердца. – М., 1910. – 20 с.

22. С уважением к традициям... / Под ред. А.Л. Верткина. – М., 2014. – С. 46.

23. Воспоминания Ксении Александровны Павловской-Карышевой – старшей дочери А.Д. Павловского, профессора Университета св. Владимира, хирурга и бактериолога, одноклассника (по Медико-хирургической академии), друга и секунданта Образцова. Авторы признательны ее внучке профессору Московского медицинского университета им. И.М. Сеченова Татьяне Дмитриевне Большаковой (Донской) за разрешение опубликовать фрагмент рукописи, посвященный В.П. Образцову (хранится в личном архиве В.И.Бородулина).

24. Гос. архив г. Киева. – Ф. 16. – Оп. 465. – Д. 4795. – Л. 1–7об.

25. Столетие Киевского университета Св. Владимира. – Белград, 1935. – С. 90.

26. 14 декабря 1920 г. по старому стилю, который использовался до 1918 г. Фигурирующее в литературе указание на 14 января – опечатка. См.: Шпак Я. Видатний клініцист Василь Парменович Образцов – засновник Київської терапевтичної школи // Агапіт. – 2001. – № 13. – С. 13–19.

27. Киевская газета «Коммунист» от 2 февраля 1921 г.

Г.И. ВИЛЬГА У ИСТОКОВ ИЗУЧЕНИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОШИБОК В СТОМАТОЛОГИИ

Е.Х. Баринов

А.И. Манин

П.О. Ромодановский

*Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова*

G.I. VILGA AT SOURCES OF STUDYING OF FAILURES AND PROFESSIONAL MISTAKES IN THE ODONTOLOGY

E.H. Barinov

A.I. Manin

P.O. Romodanovsky

*Moscow state medico-stomatologic university
of A.I. Evdokimov*

Аннотация: в статье приводятся сведения о работах Г.И. Вильги полживших начало изучения профессиональных ошибок в стоматологии.

Ключевые слова: Г.И. Вильга, профессиональные ошибки, одонтология, судебная стоматология.

Abstract: In article data on G.I. Vilgi's works of the professional mistakes which laid the foundation of studying are provided to odontologies.

Key words: G.I. Vilga, professional mistakes, odontology, judicial odontology.

Созданию судебной стоматологии предшествовала судебная одонтология как ее первый этап, соответствующий уровню развития зубопротезирования начала XX столетия. Гилярий-Здислав Иванович Вильга (1864-1942) по праву считается основоположником отечественной судебной стоматологии. Однако, в своих работах он неоднократно останавливался на вопросах связанных с профессиональными ошибками возникающих в одонтологии. Данные работы положили начало изучения вопросов профессиональных ошибок в стоматологии в России (1, 2).

Организовав журнал «Одонтологическое обозрение» и став его редактором, Г.И. Вильга часто печатал в нем свои наблюдения из врачебной практики. В 1901 г. им была опубликована в «Одонтологическом обозрении» работа «К казуистике зубов в роли инородных тел», имеющая, в том числе, и судебно-медицинское значение. В данной работе им приводятся случаи попадания зубов в дыхательные пути. Был описан случай, когда в ходе «удаления зубов под наркозом один из них попал в левый бронх. Произошло омертвление левого легкого, окончившееся смертью больной» (1,2).

В 1902 г. им был сделан доклад в Московском Одонтологическом Обществе «Местная анестезия при экстракции зубов», впоследствии напечатанный в «Одонтологическом обозрении». В данной работе автор говорит о выборе анестезирующего средства и предостерегает о возможности врачебных ошибок. Он пишет: «...мы отдаем полное предпочтение местно-анестезирующим средствам, как менее опасным; рекомендуя применять общий наркоз только в тех случаях, когда приходится удалять много зубов у нервных людей, и допуская таковой для удаления небольшого числа зубов в самых исключительных случаях...» (1).

Г.И. Вильга указывает на то, что на 2-3 тысячи общих наркозов приходится 1 смертельный случай и предостерегает врачей не рисковать жизнью больных из-за столь «маловажной» операции. Помимо того указываются случаи противопоказания к наркозу. Для местной анестезии Г.И. Вильга рекомендовал кокаин, при этом предостерегал, что и его нельзя считать вполне безопасным средством, так как возможно передозировка препарата и в следствие этого отравление, и смерть больного. Вышеизложенное было обобщено автором в 1903 г., в своем фундаментальном труде «О зубах в судебно-медицинском отношении». Седьмая глава данной работы носит название «Профессиональные ошибки зубопротезирования» (1, 2, 3).

Автор отмечает: «Под именем ошибки врача в лечении, закон разумеет невольное упущение и отступление от основных непреложных правил медицины во время лечения больных, а не намеренный вред, причиняемый врачом своему пациенту. Последнее действие врача, если оно только будет доказано, является нанесением расстройства здоровья или убийством. Ошибки зубопротезирования могут происходить: 1) при консервативном лечении зубов; 2) при извлечении их; 3) при изготовлении всевозможных протезов с искусственными зубами и вообще при всем, относящемся к зубной технике...».

По мнению автора, в области консервативного лечения считается «плохим лечением такое, когда от несоответствующих мероприятий зубного врача, или вследствие не искусно произведенной им операции, произошел вред для здоровья больного или его смерть. Такого рода плохое лечение может произойти или по небрежности, где злого умысла нет, но где допущено невнимательное, неряшливое отношение к данному случаю, или по невежеству проводилось лечение, не допускаемое своевременными требованиями науки...». При ошибках в удалении зубов автор вновь уделяет большое внимание выбору между местной анестезией и наркозом, высказываясь в пользу местной анестезии. Автором приводится значительное количество наблюдений из практики европейских и российских стоматологов, в том числе и из своей практики (1, 2).

Г.И. Вильга детально разбирает случаи осложнений при удалении зубов. Он пишет: «Осложнения, которые встречаются при экстракциях зубов, бывают: ошибки технического характера, кровотечения и инфекции...» и дает их описание. Г.И. Вильга отметил тот факт, что отечественной и зарубежной литературе совершенно отсутствуют примеры случаев подобных ошибок, поэтому излагает лишь общую точку зрения данной проблемы.

Им было отмечено, что зубной врач перед изготовлением протеза должен подготовить рот больного, то есть удалить кариозные зубы, которые не могут быть вылечены и запломбированы. В том случае, когда больной не соглашается на удаление корней, несмотря на доводы зубного врача о необходимости и преимуществе этого, должно быть произведено подпиливание, очистка их, лечение и пломбирование. «Протез не вставляется вскоре после извлечения зубов, так как, вследствие наступающей после этого атрофии ячеистого отростка, он не будет держаться, — об этом зубной врач обязан предупредить больного и объяснить серьезность последствий» (1, 2).

Г.И. Вильга подчеркивал, что «точность слепка с челюсти и правильность артикуляции искусственных зубов является главнейшими условиями хорошего держания протеза». При это дается пояснение для судебных экспертов, что эксперт обязан иметь в виду тот факт, что «между экспертизой и моментом снятия слепка иногда проходит много времени, в течение которого челюсть уже успела изменить свои очертания и слепок уже более к

ней не подходит. Совершенно справедливо было отмечено, что достижение правильности прикуса лежит на обязанности зубного врача. Помимо того автор указывает на то, что «величина, форма и цвет искусственных зубов» должны подходить к натуральным зубам. Довольно подробно изложен вопрос о «прикреплении» искусственных зубов и о несовершенстве протезов. Автором указано, что «к искусственным зубам предъявляются следующие требования: правильность речи, восстановление функции жевания, сохранение прежнего вида. Протез не должен также нарушать вкусовых ощущений обладателя его» (1, 2).

Данные предпосылки, сделанные Г.И. Вильга, в дальнейшем легли в основу целого научного направления судебной стоматологии.

Литература

1. Баринев Е.Х., Манин А.И., Ромодановский П.О. У истоков судебной стоматологии в России. Профессор Г.И. Вильга. Монография. – Москва, НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», 2015. – 100 с.
2. Пашков К.А., Ромодановский П.О. Пашинян Г.А., Баринев Е.Х., Белолопоткова А.В., Борисенко К.А. Судебная стоматология. История развития. – М.: МГМСУ, изд.: ЗАО ХПИ «Эслан». – 2009, – 200 с.
3. Пашинян Г.А., Баринев Е.Х., Ромодановский П.О. Г.И. Вильга – основоположник отечественной судебной стоматологии // Российский стоматологический журнал. – 2001. – №3. – С. 47-49.

И.И. АЛЕКСЕЕВ (1874-1963 ГГ.) – ПЕРВЫЙ ХИРУРГ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОЙ БОЛЬНИЦЫ ВЕРХНЕУДИНСКА

С.Д. Батоев

*Первый Московский Государственный Медицинский Университет имени
И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет)*

IVAN IVANOVICH ALEXEEV (1874-1963) – FIRST SURGEON OF VERKHNEUDINSK RAILWAY HOSPITAL

S.D. Batoev

*FSAAE HE I.M. Sechenov First MSMU at the Healthcare Ministry of Russia
(Sechenov University)*

Резюме: в статье представлена биография первого хирурга железнодорожной больницы города Верхнеудинска (Улан-Удэ). Выпускник медицинского факультета Томского университета внес существенный вклад в развитие хирургической помощи в Западном Забайкалье.

Ключевые слова: Западное Забайкалье, железная дорога, война, хирург, госпиталь.

Summary: The article represents the biography of the first surgeon of Verkhneudinsk (Ulan-Ude) railway hospital. The graduate of the medical department of Tomsk University has made a vital contribution to the surgical assistance development in Transbaikalie.

Key words: West Transbaikalie, railway, war, surgeon, hospital.

Открытие транссибирской железной дороги через город Верхнеудинск (ныне Улан-Удэ) имело огромное значение в социально-экономическом развитии региона, что безусловно привело к улучшению системы охраны здоровья в Забайкалье. 15 августа 1899 года прибыл первый поезд в город Верхнеудинск. В мае 1900 года на станции была открыта железнодорожная больница на 25 кроватей (Потапов, 2000). С 1918 по 1956 годы хирургом больницы, затем начальником, заместителем и наконец почетным врачом железнодорожной больницы станции Улан-Удэ был Иван Иванович Алексеев.

Итак, И.И. Алексеев родился 1 ноября 1874 года в селе Бондаревка Суджинского уезда Курской губернии (2). Его отец был священником. В 1884 году Иван поступил в Курскую духовную семинарию, которую успешно окончил с аттестатом № 446 в 1894 году. Отец представлял сына священником, но Иван мечтал стать врачом. После некоторых споров отец принял выбор сына. Но, ни Киевский, ни Московский университеты не хотели принимать в свои ряды молодого человека. Всюду он слышал один и тот же вежливый отказ: – «Вам, молодой человек, в Киевскую духовную академию ехать надо. Ваш удел – служение богу...». Узнав о том, что в далеком сибирском городе Томске есть университет, где принимают юношей после духовной семинарии, И.И. Алексеев поехал туда. Какими бы суровыми и опасными ему не представлялись просторы далекой Сибири, он добрался до Томска. Учился прилежно с большим желанием. Обучение было платным, по 45 рублей за семестр. Отец аккуратно помогал своему сыну. Учась на 4-м курсе, Иван Алексеев принял самое активное участие в студенческих волнениях. За что и был исключен из университета 14 марта 1899 года. Инспектор по работе со студентами Томского университета отмечал: «С августа 1899 года И.И. Алексеев вновь принят был по прошению на тот же 4-й курс. И так как он с сего последнего времени не был замечен ни в чем предосудительном, то по окончании курса медицинского факультета поведение его отмечено отличным». 13 октября 1901 года И.И. Алексеев получил диплом лекаря № 3681 с отличием, со всеми правами и преимуществами (3). С получением диплома врача И.И. Алексеев начинает работать на станции Томск в должности врача переселенческой организации, где заведует больницей. Получил гражданский чин: «Титулярный советник со старшинством». С 1 апреля 1903 года И.И. Алексеев продолжил трудовую деятельность

по охране здоровья трудящихся Забайкальской железной дороги в должности участкового врача станций Сретенск, Андриановка, Могзон, Хилок, Петровский Завод и Слюдянка (4). За профессиональные успехи Высочайшим приказом о чинах гражданских И.И. Алексеев был произведен в чин Коллежского Ассессора со старшинством с 11 апреля 1911 года. А 6 мая этого же года он награжден орденом Святого Станислава 3-й степени. Также 22 декабря 1911 года И.И. Алексеев награждается медалью Красного Креста, и светло-бронзовую медалью в память войны с Японией 1904-1905 гг.

Тем временем началась Первая мировая война. С 17 октября 1914 года И.И. Алексеев призывается на военную службу. По приказу санитарной части Иркутского военного округа за № 189 от 20 октября 1914 года он назначается на должность младшего врача 628 Томской дружины государственного ополчения. Но врач И.И. Алексеев прибыл на службу только 7 ноября 1914 года и получил новое назначение. Приказом № 214 Иркутского Окружного военно-санитарного управления от 5 декабря 1914 года И.И. Алексеев назначается младшим ординатором Березовского местного лазарета на станции Дивизионная (ныне Республика Бурятия). С 19 декабря И.И. Алексеев заведует хирургическим отделением военного госпиталя и вновь в числе награжденных. 22 января 1915 года он награждается орденом Святой Анны 3-й степени за отлично-ревностную службу и особые труды, вызванные обстоятельствами текущей войны. 11 июня 1915 года его переводят на должность старшего ординатора Березовского военного госпиталя. Но, с 13 сентября 1916 года И.И. Алексеев уже работает в Читинском военном госпитале. Затем 2 ноября 1916 года вновь возвращается на прежнее место службы. После февральской революции И.И. Алексеев был избран членом Березовского Совета рабоче-крестьянских и солдатских депутатов. 4 августа 1917 года он от военных врачей госпиталя делегирован на съезд военно-санитарных организаций в город Иркутск (5). И здесь Иван Иванович принял участие в работе Главного Военно-санитарного Совета до 19 января 1918 года (6). А с 1 февраля 1918 года И.И. Алексеев вновь старший ординатор Березовского военного госпиталя на станции Дивизионная. Но, на основании приказа № 32 по санитарной части Иркутского военного округа от 18 марта 1918 года И.И. Алексеев уволен с военной службы и назначен заведующим железнодорожной больницей станции Верхнеудинск (7). В 1918 году он организовал первое стационарное хирургическое отделение, ведя при этом амбулаторный прием хирургических больных. И.И. Алексеев по-прежнему является первым хирургом железнодорожной больницы. Вскоре благодаря своим высоким профессиональным качествам он становится одним из ведущих хирургов по Забайкальской железной дороге. Часто выезжал в командировки на различные станции, где производил малые и большие оперативные вмешательства, в том числе по уникальным

методикам того времени. Необходимо отметить, что он принимал активное участие в общественной жизни Западного Забайкалья. Является первым организатором профсоюза медицинских работников Бурят-Монгольской АССР. Организация «Всемирный медицинский союз» в республике восходит к апрелю 1920 года, когда из города Иркутска было получено письмо такого содержания: «Все служащие и рабочие врачебно-санитарного дела организуются в свой профессиональный производственный союз (Всемирный медицинский союз)» (8). Первое организационное совещание состоялось 25 апреля в помещении Верхнеудинского приемного покоя Забайкальской железнодорожной больницы (9). И 28 апреля состоялось первое общее собрание всех медицинских работников города Верхнеудинска. Третье собрание союза медицинских работников Прибайкалья состоялось 13 мая 1920 года. Таким образом, первым председателем правления союза «Всемирный медицинский союз» БМАССР был избран хирург И.И. Алексеев.

Следует вспомнить, что в свое время хирург И.И. Алексеев вернул в строй известного советского летчика Михаила Васильевича Водопьянова. Так, 13 февраля 1933 года М.В. Водопьянов потерпел авиационную катастрофу над Байкалом во время одного из своих сверхдальних перелетов и лечился в Верхнеудинской железнодорожной больнице. 27 ноября 1935 года состоялось общее собрание коллектива железнодорожной больницы, и был составлен протокол-ходатайство о присвоении звания «Героя труда» Ивану Ивановичу Алексееву, начальнику железнодорожной больницы. В частности было указано: «Доктор Алексеев как хирург и общественник широко известен и популярен по всей Забайкальской дороге. За эти долгие годы благодаря опытному внимательному, самоотверженному лечению доктором Алексеевым спасено много жизней. Произведено более 25 тысяч всевозможных операций. Недаром с глубоким чувством благодарности вспоминает Герой Советского Союза летчик М.В. Водопьянов. И.И. Алексеев организатор и председатель союза Медсантруд города Верхнеудинска, член бюро врачебной секции». Но, вопрос о присвоении почетного звания «Герой Труда» так и не был решен в вышестоящих органах власти.

В тяжелый период Великой Отечественной войны И.И. Алексеев продолжает руководить больницей. В 1942 году он награждается орденом Трудового Красного Знамени. В том же году выступил через газету «Бурят-Монгольская правда» с инициативой: «Вношу лично мне принадлежащие золотые вещи на постройку танковой колонны имени 25-й годовщины Советской Армии и призываю всех трудящихся Бурятии последовать патриотическому примеру наших предков эпохи Минина и Пожарского, отдавших все свои драгоценности на освобождение Родины от ненавистных иноземных захватчиков». Сохранилась квитанция № 1 от 13 января 1943 года БМ Госбанка. Читаем: – «Принято от доктора Алексеева И.И. в фонд

обороны страны разных ценностей поименно выписанных на обороте квитанции. Сумма прописью 5782 руб. пять тысяч семьсот восемьдесят два рубля по ценам ювелирторга». В 1948 году И.И. Алексеев награждается орденом Ленина. Из Москвы 1 ноября 1949 года М.В. Водопьянов отправил телеграмму: «Душевно жму руку! Поздравляю славным юбилеем. Желаю еще долгие годы служить делу здравоохранения. Ваш Водопьянов».

Но время постепенно берет свое и 2 ноября 1949 года И. И. Алексеев оставляет руководство больницей и переходит на должность врача-консультанта. 1 ноября 1954 года ему исполнилось 80 лет. Им выполнено более 40 тысяч операций. В его хирургическом арсенале были гинекологические, урологические, травматологические, онкологические операции; при этом он не делал различий между «большой» и «малой» хирургией и до последних дней своей работы лично производил грыжесечения, аппендэктомии, секвестрэктомии и т.д. Таким образом, И.И. Алексеев проработал в Улан-Удэ 46 лет. Улан-Удэнские железнодорожники бережно хранят память о нем. И.И. Алексеев награжден двумя орденами Ленина, орденом Трудового Красного Знамени, медалью «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.». Единственный из врачей Бурятии он отмечен значком за № 19973 от 1 сентября 1943 года «Почетный железнодорожник СССР». Ему присвоено почетное звание «Заслуженный врач РСФСР». Общий врачебный стаж его составил 54 года. Земной путь И.И. Алексеева закончился 10 февраля 1963 года на 89 году жизни в городе Улан-Удэ. Похоронен на городском кладбище.

Литература

1. Потапов А.И., Семенищева Е.А., Козуб М.А. Этапы развития отделенческой больницы на станции Улан-Удэ // Материалы научно-практической конференции к 100-летию отделенческой больницы на ст. Улан-Удэ. Том 1. Изд-во ВСТГУ. Улан-Удэ, 2000. С. 3.
2. Государственный архив Томской области (ГАТО). Ф. 102. Оп.2. Д. 88. Л. 16.
3. ГАТО. – Ф.102. – Оп.2. – Д. 88. – Л. 21.
4. Государственный архив Республики Бурятия (ГАРБ). Ф. 2. Оп. 2. Д. 297. Л. 4.
5. ГАРБ. Ф. Р-710. Оп.1. Д. 6. Л. 125.
6. ГАРБ. Ф. 2. Оп. 2. Д. 297. Л. 6.
7. ГАРБ. Ф. 2. Оп.2. Д. 297. Л.6.
8. ГАРБ. Ф. 80. Оп.1. Д. 6. Л. 1.
9. ГАРБ. Ф. 80. Оп.1. Д. 21. Л. 12.

И.Ф. РЕССЛЕЙН – «ЗАБАЙКАЛЬСКИЙ ГААЗ» В XVIII ВЕКЕ

С.Д. Батоев

Первый Московский Государственный Медицинский Университет имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет)

IVAN FEDOROVICH RESSLEIN – TRANSBAIKAL GAAZ IN THE XVIII CENTURY

S.D. Batoev

FSAEE HE I.M. Sechenov First MSMU at the Healthcare Ministry of Russia (Sechenov University)

Резюме: одним из основоположников государственной медицины в суровых условиях Забайкалья и Якутии является врач И.Ф. Ресслейн. При всех его профессиональных заслугах он проявил себя бескорыстным человеком, готовым оказать любую необходимую помощь всем нуждающимся. Поэтому И.Ф. Ресслейн по праву считается «Забайкальским Гаазом».

Ключевые слова: лазарет, бесребреник, Верхнеудинск, Якутская область.

Summary: Physician I.F. Resslerin is one of state medicine founders in the severe environment of Transbaikalia and Yakutia. With all his professional merits he showed himself he showed himself as a self giving person, ready to provide any necessary assistance to all those in need. That's why I.F. Resslerin is justly known as Transbaikal Gaax.

Key words: hospital, unmercenary, Verkhneudinsk, Yakutsk region.

Зарождение основ государственной медицинской помощи в городе Верхнеудинске (Улан-Удэ) в XVIII веке связано с деятельностью лекаря Ивана Федоровича Ресслейна. Получив медицинское образование в Лейдене, он приехал в Сибирь и более сорока лет пробыл в пределах Забайкалья и Якутии (Петряев 1954). Его имя в отдельных местах с благодарностью вспоминается и до сего времени. В восьмидесятых годах XVIII столетия И.Ф. Ресслейн назначается городским врачом Верхнеудинского городского магистрата (Плишкин 1930). Медицинское дело в тот период времени находилось в зачаточном положении и требовало эффективных мер. Единственный в городе военный лазарет (батальонный) находился под горою, на самом берегу реки Уда. При разливах он постоянно затоплялся. Возле самого лазарета была оборудована переправа, на которой стоял беспрестанный шум и крик, всегда тревоживший больных. В лазарете в то время были одни небольшие «покои». В одних вместо богадельни, содержались восемь слепых инвалидов, другие, вмещавшие только семь человек, принимали иногда 10-15 человек. Среди больных часто встречались такие болезни, которые нигде

не были описаны и И.Ф. Ресслейн изучал клинику этих заболеваний, причины их возникновения, применял разного рода методы лечения. О многих заболеваниях, до того времени не изученных, он докладывал государственной медицинской коллегии. Скучность лекарственных препаратов России того времени заставляла И.Ф. Ресслеина создавать эти запасы на месте и он от земского суда и городничего требовал людей для сбора дома произрастающих и луговых трав и корней, «а особливо для копания ревеню». Сознвая лечебную нужду края и полную ее необеспеченность медицинским персоналом, он набрал учеников, которые «для народной пользы ему вспомоществование могут» во всех селениях, особенно при эпидемиях. Назначенных учеников И.Ф.Ресслейн обучал медико-хирургическим навыкам, латинской грамоте, лечению наружных и внутренних болезней и анатомической науке, для чего он у коменданта Аппельгрейна просил «дозволения вскрывать тела умерших без всяких явных причин» и умерших в остроге и лазарете без родственников, «дабы учеников обучать анатомии». Необходимо отметить, что это была одна из первых госпитальных школ Забайкалья по подготовке лекарских учеников. В течение 100 лет эта система подготовки медицинских кадров в Забайкалье, хотя не решила проблему, но, тем не менее, имела существенное значение. Помимо профессиональной деятельности И.Ф. Ресслейн изучал местные особенности флоры и фауны. В одном из рапортов он просил «дозволения ему, Ресслеину, уехать на некоторое время на остров Ольхон (ныне Иркутская область) для описания внутренней структуры (С.Д. Батоев – структуры) нерпы, которая еще малоизвестная и которую он, Ресслейн государственной медицинской коллегии представить намерен». Известный исследователь Забайкальской старины Е.Д. Петряев свидетельствует, что «он был краеведом-натуралистом до декабристского периода и пионером оспопрививания в Забайкалье». И.Ф. Ресслейн пытался выяснить причины оспенных заболеваний среди коренного населения. Смертность от вариоляции у него была даже меньше, чем у ряда знаменитых врачей того времени. Таким образом, в Забайкалье он проработал с 1780 года по 1794 год (3).

Как человек, И.Ф. Ресслейн по свидетельству М.М. Геденштрама «был один из благороднейших мужей своего времени». В полном смысле бесребреник, ни от кого не принимал денег за лечение и даже подарков и кто ему предлагал, на тех особенно сердился. Большую часть своего жалования оставлял в казначействе и брал себе только то количество денег, которое считал необходимым на свое скудное пропитание. Едва ли какой человек новейших времен мог превзойти его в образе жизни. Готовность помогать ближнему была в нем беспримерна. В любое время, на любое расстояние он с охотой посещал больного. У него не было различия положения, к бедноте он относился с особой любовью, посещал, лечил, давал деньги на лекарства,

покупал одежду, питал больных и даже платил за квартиру. В личной жизни он был прост, жил скудно, одежду носил в потрепанном виде. «Зимой в жестокую стужу, носил он летнее платье, мундир и шляпу и редко суконный плащ». Несомненно И.Ф. Ресслейн являлся «Забайкальским Гаазом»! После Верхнеудинска он служил на Камчатке и затем был назначен главным медиком Якутской области. Там он первым занялся изучением больных проказой. До него прокаженные были в полном смысле без всякой медицинской и общественной помощи. В том же году И.Ф. Ресслейн по приказу государственной медицинской коллегии должен был организовать своих помощников на борьбу с проказой и сифилисом в районе Среднеколымска. Несмотря на свой преклонный возраст (ему было уже за 70 лет) он отправился сам. Из Якутска он выехал в октябре, во время морозов в тонком суконном пальто. Дорогой, чтобы согреться, он вынужден был часто слезать с саней и бегать, делая при этом гимнастические упражнения. Таким способом он проехал более 2500 верст и отморозил себе ноги. Его уже в теплой одежде на носилках доставили в лазарет Среднеколымска. Здесь, несмотря на потерю сил и тяжесть состояния он сам себе ампутировал пальцы ног, но после чего силы его стали покидать и на 77 году жизни И.Ф. Ресслейн умер, пав жертвою сурового северного климата (Геденштром 1830). После него осталось множество рукописей. Так трагически погиб при исполнении своих обязанностей врач Иван Федорович Ресслейн. Сегодня необходимо помнить, что в суровых условиях дореволюционной Сибири были врачи, которые работали на совесть, не стремясь к обогащению и погибали на своем посту оказывая квалифицированную медицинскую помощь всем страждущим.

Литература

1. Петряев Е.Д. Исследователи и литераторы старого Забайкалья. – Чита, 1954. – С.45, 51, 63.
2. Плишкин Д.Н. Памяти доктора Ресслеина // Жизнь Бурятии. 1930. № 5-6. С. 158.
3. Государственный архив Республики Бурятия (ГАРБ) Фонд 11, Оп.16, Д. 2, Л. 1.
4. Геденштром М.М. Отрывки о Сибири. М., 1830, С. 117-118.

ПРОВИЗОРЫ ПЕРМСКОЙ ГУБЕРНИИ

М.Н. Гурьянова, П.С. Гурьянов

Пермская государственная фармацевтическая академия

PHARMACISTS OF THE PERM REGION OF GUBERNIA

M.N. Guryanova, P.S. Guryanov

Perm State Pharmaceutical Academy

Аннотация: статья посвящена восстановлению биографий провизоров, работавших в аптеках Пермской губернии. Результаты поиска оформлены в аналитическую таблицу. Представлены данные изучения биографии провизора И. Серебро.

Abstract: The article is devoted to the restoration of biographies of pharmacists working in drugstores of Perm province. The search results are arranged in an analytical table. Data on the study of the biography of the pharmacist I. Serebro are presented.

Ключевые слова: Пермская губерния, фармацевты, восстановление биографий, аптека поселка Мотовилиха, провизор Серебро.

Key words: Perm province, pharmacists, restoration of biographies, drugstore of Motovilikha village, pharmacist Serebro.

Развитие фармации на территории Урала – до конца неизученная область знаний. Поэтому так важно найти, не потерять сведения о фармацевтических специалистах, работавших в различных районах этой территории.

Данная статья отражает исследования, посвящённые изучению деятельности провизоров Пермской губернии в начале XX века. Пермская губерния вначале XX в. охватывала довольно большую территорию. В неё входил весь район Среднего Урала: современная Пермская и Свердловская, некоторые районы Курганской области и Удмуртии. Площадь Пермской губернии составляла 332 052 квадратных километров. Губерния была разделена на 12 уездов, которые включали в себя 106 участков земских начальников, 41 стан, 484 волости (Коробков).

В российском государстве звание провизора являлось высшим фармацевтическим званием. Врачебный устав регламентировал: «Владелец аптеки может ею управлять лишь в том случае, если он имеет звание аптекаря или провизора, в противном случае он должен поручить управление аптекой лицу, удовлетворяющему этим требованиям». Устав требовал, чтобы провизоры – управляющие аптеками были честного и незазорного поведения. На провизоре лежала обязанность приготовления лекарств, они должны присутствовать при отпуске лекарств по рецептам. Провизор обязан был производить по поручению местных медицинских управлений химико-судебные исследования (Фрейберг).

Высокие требования к управляющим аптекой были включены в Устав врачебный 1857 года и другие законодательные акты Российской империи. В первую очередь положения законодательства включали требования к образованию управляющего: наличие высшего образования и получение звания аптекаря или провизора. Особо было уточнено, что владелец аптеки может ею управлять лишь в том случае, если также имеет звание аптекаря или провизора. Вторым требованием законодательства являлось требование к возрасту – вводился возрастной ценз – «управляющий аптекой должен быть не моложе 25 лет» (Фрейберг).

В том случае, если аптека принадлежала нескольким владельцам – провизорам, то один из них должен был стать ответственным управляющим. Как вариант – владельцы могли пригласить для управления аптекой провизора, не входящего в число совладельцев. Особо оговаривалось, что владелец аптеки не может быть одновременно служащим в своей аптеке, если для управления аптекой был приглашен другой провизор. Данное положение распространялось и на аптекарских помощников, если они являлись владельцами вольной аптеки (Фрейберг).

Установлены были врачебным уставом и этические требования к управляющим аптеками: «Содержатели аптек или управляющие должны быть честного и незазорного поведения». В 1890 году Правительствующий Сенат в Циркуляре № 1349 разъяснил, что к управлению аптеками не могут быть допущены фармацевты, лишённые по суду права продавать ядовитые и сильнодействующие вещества (Фрейберг).

Методы сбора информации: документальный анализ, в том числе анализ документов Фонда Государственного архива Пермского края №143 «Врачебное отделение Пермского губернского правления» 1 описи «Прошения об открытии аптек, зубоврачебных кабинетов, фельдшерских школ. Переписка с управами о санитарном состоянии предприятий, горных промыслов, о санитарном исследовании воды и воздуха в них, о борьбе с заразными болезнями. Личные дела и формулярные списки» (Фонд). Опись содержит дела, относящиеся к временным рамкам с 1871 по 1919 год. Дела, в названии которых содержится термин провизор, относятся к двум группам: первая – прошения об открытии аптек или лабораторий, вторая о различных происшествиях в аптеках (Дело 625). Всего выявлено 84 фамилии провизоров. Однако часть фамилий связана только с определенными временными периодами, далее данные фамилии не встречаются, вероятно, провизоры выехали за пределы Пермской губернии. Часть провизоров занимало должности не в аптеках, например провизор Локтин С.Г. работал инспектором (штатным фармацевтом) врачебного отделения Пермского губернского правления (Дело 472), провизор Кестер В.Э. служил на казенном винокуренном заводе (Спешилова). Установлены фармацевтические династии провизоров: Боне, Бартминских, Кушелевских, Берлин.

На основании анализа дел Описи 1 составлена предварительная аналитическая таблица, в которой отражены данные о провизорах, работавших в разные годы в аптеках Пермской губернии. В таблицу не включены данные об аптеках, управляющими которых были аптекарские помощники. В соответствии с законодательством управление аптеками аптекарским помощникам разрешалось лишь временно по особо уважительным причинам. Например, в случае смерти, болезни или кратковременной отлучки управляющего, разрешение предоставлялось губернским врачебным управлением. При этом определялось, что аптека будет находиться под надзором местных врачей (Фрейбейрг). Однако изучение дел Описи I показало, что провизоров в Пермской губернии было недостаточно, поэтому сельские, филиальные, а часто и заводские аптеки управлялись именно аптекарскими помощниками.

Аналитическая таблица «Провизоры, работавшие в различных уездах Пермской губернии»

Название уезда	Название аптеки	Данные о провизорах, работавших в аптеке в разные годы
Пермский уезд	Аптека Пермского губернского земства	Первый управляющий провизор Карл Румель (1811г.) В разные годы управляющими аптекой были провизоры Д.Р. Роленберг, М.Л. Пельзант, И.В. Поскряков, Н.А. Корепанов, А.К. Сорокин
	Покровская аптека	Провизоры К.Ф. Боне, В.Ф. Бартминский, Э.Г. Либер
	Екатерининская аптека М.Л. Пельзанта	Провизоры М.Л. Пельзант, А.К. Сорокин
	Сибирская городская аптека	Провизор Э. Г. Либер
	Пермская нормальная вольная аптека провизора Поскрякова	Провизор И. В. Поскряков
	Пермская вольная аптека провизора В.О. Бартминского	Провизор В.О. Бартминский
	Аптека И.С. Кононова	Провизор И.С. Кононов
	поселок Мотовилиха	
	Аптека Пермских Пушечных заводов	Провизор Шлиппер
	Аптека Е. Фридмана и А. Ванштейна в Мотовилихинских заводах	Провизоры И.С. Серебро, И. Вербер
	Мотовилихинская вольная аптека Линдербрата	Провизор Л. Линдербрата
	Мотовилихинская нормальная вольная аптека	Провизор И. Серебро
	Больничная аптека Лысьвенского завода	Провизор А.А. Киргоф
Кунгурский	Вольная аптека Лантш	Провизор И.Ф. Лантш
	Аптека кунгурского земства	Управляющий А.Н. Комаров
	Аптека городского общества в Кунгуре (арендатор провизор Г.В. Дерягин)	Провизор Г.В. Дерягин
Осинский	Осинская земская аптека	Провизор Шеломов

Оханский	Городская земская аптека Оханска	Провизоры: К.Е. Трибульский; И. В. Флягин
	Аптека Вольпянского в селе Черновском Пермской губернии	Провизор К. Е. Трибульский
	Вознесенская вольная аптека провизора Азервер	Провизор Азервер
Соликамский	Соликамская земская аптека	Провизор С.П. Танкревский
	Усольская частная аптека провизора К. Шокирнера	Провизор К. Шокирнер
Верхотурский	Нижнетагильская земская аптека	Провизоры Ястребов; Л.Л. Чахес
	Нижнетагильская нормальная вольная аптека провизора Лохтина	Провизор Лохтин
	Верхнетурская земская аптека	Провизор П.И. Коквин
	Аптека провизора Кушелевского	Провизоры: З.И. Кушелевский, П.И. Коквин
	Кушвинская аптека провизора Левина	Провизор М.А. Левин
	Главная аптека Гороблагодатских заводов	провизор В.М. Кинев
Екатеринбургский уезд	Сельская аптека в заводе Ляля.	Провизор Лиза Зильберг
	Театральная аптека	Провизор Плоткин
	Екатеринбургская больничная аптека	Провизор С.А. Бабин
	Аптека провизора Мирмельштейна	Провизор Н.П. Мирмельштейн
	Вольная аптека провизора Гоштейна	Провизоры Гоштейн; Ф.М. Александрова
	Екатеринбургская нормальная вольная аптека провизора Варшавского Э.И.	Провизор Э.И. Варшавский
	Екатеринбургская нормальная аптека братьев Соломоновых	Провизоры П.А. Михайлов; Л.Л. Чахес, И.З. Клупт
	Екатеринбургская вольная аптека Линдермана	Провизор В.М. Кинев
	Екатеринбургская вольная аптека провизора Континберга	Провизор Континберг
	Екатеринбургская вольная аптека Соломонова	Провизоры: И.З. Клупт
	Екатеринбургская Центральная земская аптека	Провизоры с отличием А. В. Могильский, С.П. Фортунатов
	Каменская земская аптека	Провизор С.П. Фортунатов
	Аптекарский магазин провизора Э.И. Варшавского	Провизор Э.И. Варшавский
Ирбитский	Аптека К.М. Соломонова	К.М. Соломонов
	Вольная аптека провизора И.Ф. Харлап	Провизор И.Ф. Харлап
	Аптека Ирбитского земства	Провизоры Я.Я. Бизверг, И.И. Корчемкин; И.В. Флягин
Камышловский	Аптека Канцельсона	Провизор Ш. Кацнельсон
	Камышловская вольно-земская аптека	Провизор С.П. Цилси
	Камышловская аптека Я.С. Азервер и И. Г. Каган	Провизор Р.М. Кацнельсон – Каган
Шадринский	Сельская аптека Каменского завода	Провизор М.П. Козлова; И. Р.-Ф. Лантш
	Вольная аптека Шадринского земства	Провизор Павлов

В течение ряда лет происходит поэтапное изучение биографий и послужных списков провизоров, работавших в г. Перми и в тех уездах Пермской губернии, которые и по настоящее время входят в состав Пермского края. Научным направлением данного года явился поиск данных о провизорах, связанных с деятельностью аптек посёлков-спутников губернского центра: Екатерининский и завода Мотовилиха. Первоначально, как перспективный район для поиска данных о сельских аптеках нами рассматривался посёлок Екатерининский. Выбранный район располагался сразу за окончанием главной городской улицы города – Покровской. Фактами, свидетельствующими о том, что в данном посёлке было достаточное количество жителей для открытия аптеки, явились: массовое поселение в районе железнодорожных рабочих (в 1876 году через Пермь прошла Горнозаводская железная дорога, в 1898 году был построен вокзал Заимка, около вокзала были построены депо и главные мастерские) (Мильман) и открытие в 1910 г. большого лесопильного завода Балашовой (Фонд №373). В Государственном архиве Пермского края была найдено дело № 712 «Прошение врача Шапира Х.А. о разрешении открыть сельскую аптеку в Екатерининском поселке Перми». Однако анализ документов дела показал, что заявка на открытие сельской аптеки в поселке Екатерининский не была удовлетворена, так как расстояние между вновь открываемой аптекой провизора Поскрякова и посёлком Екатерининский не соответствовало установленным нормам (Дело 712). Поэтому далее нами рассматривались дела Описи, посвященные аптекам посёлка Мотовилиха. На основе открытых данных создана историческая справка о создании и функционировании заводского посёлка Мотовилиха. Возникновение поселка связано с открытием рудников и созданием Мотовилихинского завода в XVIII веке. Во второй половине XIX века территория Мотовилихи в полицейском отношении была подчинена городу Перми и стала составлять его особую часть. В конце XIX – начале XX века Мотовилиха получила статус заводского посёлка. Численность населения поселка Мотовилиха в 1905 году составляла 22 тысячи человека (Список). Это позволило открыть на территории Мотовилихи несколько аптек. Одна из них по своему статусу являлась нормальной аптекой. Нормальными назывались аптеки, выполнявшие все функции аптечной организации – производство лекарств, контроль качества, торговля лекарственными средствами. Они занимали помещения, достаточные для выполнения всех функций, имели надлежащее оборудование и документацию, могли организовывать обучение аптекарских учеников. Предполагалось их расположение в областных (губернских) и уездных городах, где численность населения достигала 7000 и более человек (Фрейберг). При Мотовилихинском заводе существовал госпиталь -медицинская часть завода. Заводской госпиталь был рассчитан на 28 коек, в течение года в госпитале проходило лечение около 350 чело-

век. (Пермские губернские ведомости). В соответствии с законодательством обеспечение госпиталя должно было осуществляться через нормальную аптеку (Фрейберг). По данным о профессиональной заболеваемости рабочих завода можно сделать предположение о высокой интенсивности работы нормальной аптеки. Пермские губернские ведомости указывают следующие заболевания рабочих завода, лечившихся в заводском госпитале: травмы, ожоги, повреждения машинами, падения и ушибы тяжелыми предметами (Список). Поэтому интерес вызвало изучение данных о содержателе Мотовилихинской нормальной вольной аптеки. В описи 1 фонда 143 найдено дело № 302 о службе провизора Серебро И. В 1914 году он являлся содержателем Мотовилихинской нормальной аптеки Мотовилихинских заводов Пермской губернии. Анализ его кондуктного списка позволил установить, что Исаак Хаимович Серебро 16 мая 1904 года советом императорского Казанского университета удостоен степени аптекарского помощника за №1256. В звании помощника он работал в нескольких аптеках: Самарской аптеке провизора Немировского, аптеке г. Уфы провизора Двадохац, Старо-Сызранской аптеке Серпковского, Самарской аптеке Ферлуберга. Удостоен звания провизора в императорском Казанском университете (Дело 302). В кондуктном списке провизора Серебро нет отметок о нарушениях профессиональных обязанностей. Данные документов говорят о том, что провизор Серебро был высоко оценен профессиональным союзом фармацевтов. После установления Советской власти провизор И.Х. Серебро работал в нескольких аптеках и даже выступил организатором аптечного склада. 20.03 1918 года провизор И. Х. Серебро сдал управление аптекой провизора Серебро аптекарскому помощнику И. Бейлифесу и принял управление муниципальной нормальной аптекой Фридмана и Вайштейна в Мотовилихинском заводе Пермской губернии 23 апреля 1918 года.

В документе от 2 августа 1918 года отмечено, что провизор И.Х. Серебро состоит управляющим Мотовилихинской муниципальной центральной аптеки бывшей Фридмана и Вайштейна. Вероятно, провизора И.Х. Серебро хотели призвать в армию, но в документе за подписью председателя отдела здравоохранения Шпак написано, что провизор Серебро И.Х., как управляющий аптекой призыву на военную службу не подлежит.

В одном из документов дела, датированным августом 1918 года, есть данные о том, что в фармацевтический подотдел отдела здравоохранения пермского губисполкома обращается председатель медико-санитарного отдела пермского районного управления водного транспорта Волжского бассейна. Он просит командировать в его распоряжение провизора И.Х. Серебро для организации аптекарского склада и снабжения предметами ухода за больными лечебных учреждений районного управления. Свою просьбу председатель Демидов подтверждает рекомендацией про-

фессионального союза фармацевтов. Ходатайство было удовлетворено. На время его командировки управление аптекой было возложено на провизора М.А. Левина.

Вероятно, именно выполнение данной организаторской деятельности было высоко оценено фармацевтической общественностью, и провизор И.Х. Серебро был переведен из посёлка Мотовилиха в одну из центральных аптек губернского центра. В октябре 1918 года управляющий Пермской Екатерининской аптекой Н.А. Сорокин перешел на службу в Пермский университет, поэтому фармацевтическая коллегия при отделе здравоохранения Пермского губернского исполкома 14 октября 1918 года рассмотрела заключение правления профессионального союза служащих в аптеках о переводе Серебро И. Х. управляющего аптекой бывшей Фридмана и Вайштейна на должность управляющего в Пермскую Городскую Екатерининскую аптеку, а «на его освободившееся место допустить аптекарскую помощницу Р. Лубину». Первого декабря 1918 года провизор И. Серебро принял на себя управление и Мотовилихинской Центральной Советской аптекой. 29 декабря 1918 года Серебро И. сдал управление аптекой Фридмана и Вайштейна провизору Е. Фридману (Дело 302).

Вместе с ним в аптеке работала его жена – аптекарская помощница Геня Эльевна Серебро. В рапорте врачебному отделению провизор Серебро И. указывал, что в его аптеку в качестве аптекарской помощницы поступила Серебро Геня Эльевна. Он объяснял, что Серебро Г.Э. является его женой, и всегда была вместе с ним во всех предыдущих местах его службы. Серебро – Шейман Г.Э также сдавала экзамен на звание аптекарского помощника в Казанском императорском университете, в документах названа дата получения звания – 20.09.1913 года и номер удостоверения – № 2553/3751. В 1916 году Г.Э. Серебро исполняла обязанности управляющего аптекой в течение 2-х недель во время отпуска своего мужа (под наблюдением врача Ивачева). В кондуитном списке Серебро Г.Э. написано, что она владела аптекой, следовательно, И.Х. Серебро сделал жену владелицей ранее принадлежавшей ему аптеки. В 1918 году в Пермском университете в составе физико-математического факультета было открыто фармацевтическое отделение, целью которого была подготовка фармацевтов высшей квалификации. И в 1918 году Г.Э. Серебро видимо приняла решение поступить в университет, поэтому в её документах появляется запись о том, что она выбыла из аптеки для сдачи экзаменов в Пермском университете на «дальнейшее фармацевтическое образование» (Дело 565).

Поиск информации о последующей деятельности провизора И. Х. Серебро и аптекарской помощницы (возможно провизора) Г.Э. Серебро будет продолжен.

Литература

1. ГАПК. Фонд 143 Опись №1 «Прошения об открытии аптек, зубо-врачебных кабинетов, фельдшерских школ. Переписка с управами о санитарном состоянии предприятий, горных промыслов, о санитарном исследовании воды и воздуха в них, о борьбе с заразными болезнями. Личные дела и формулярные списки». Дела описи (Всего дел: 1466).
2. ГАПК Фонд 143, опись 1, дело 302. О службе провизора Серебро И. 1915 – 1919.
3. ГАПК Фонд 143, опись 1 дело 472. Прошение провизора Локтина С.Г. о назначении на должность штатного фармацевта врачебного отделения Пермского губернского правления.
4. ГАПК Фонд 143, опись 1, дело 565. О службе аптекарского помощника Серебро Г.Э. 1914 – 1916.
5. ГАПК Фонд 143. Опись №1 Дело 625. О злоупотреблениях винным спиртом в Лысьвенской заводской аптеке.
6. ГАПК Фонд 143. Опись №1 Дело № 712. Прошение врача Шапиро Х.А. о разрешении открыть сельскую аптеку в Екатерининском поселке Перми.
7. Пермские губернские ведомости. 1905 г. № 77. С. 2.
8. ГАПК Фонд № 373. Открытое акционерное общество Пермский лесокombинат «Красный Октябрь», Дзержинский район, г. Пермь. Историческая справка.
9. Коробков А.И. К истории Перми и Пермской губернии. Пермь. Журнал «Вестник ПНИПУ. Культура. История. Философия. Право». 2011. Электронный ресурс.
10. Мильман Э. М. История первой железнодорожной магистрали Урала: 70-90 годы XIX века. Пермь, 1975. 191 с.: ил.
11. Спешилова Е. Старая Пермь. Дома, Улицы. Люди. Пермь – Издательство Курсив. – 2000 – 576 с.
12. Список населённых мест Пермской губернии. Пермь. 1905. С. 252.
13. Фрейберг Н. Г. Врачебно-санитарное законодательство в России. Второе переработанное и дополненное издание С. -Петербург 1908 – 608 с.

«РЕАБИЛИТИРОВАТЬ ПОСМЕРТНО» (РЕПРЕССИРОВАННЫЕ РАБОТНИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАЛУЖСКОГО КРАЯ)

Н.В. Гущина

Государственный архив документов новейшей истории Калужской области

А.А. Илюхин

Калужская областная клиническая больница. Музей медицины

«TO REHABILITATE POSTHUMOUSLY» (THE REPRESSED WORKERS OF HEALTH OF THE KALUGA REGION)

N. V. Gushchina

State archive of documents of contemporary history in Kaluga region

A. A. Ilyukhin

Kaluga regional clinical hospital. Museum of medicine

Аннотация: статья повествует о работниках здравоохранения Калужской губернии и области, подвергшихся в СССР в 1930 – 1940-е годы политическим репрессиям и реабилитированных в настоящее время.

Ключевые слова: здравоохранение, врач, репрессии, реабилитация, Калужская губерния, Калужская область.

Abstract: The article tells the story of health workers in Kaluga province and region subjected to the USSR in 1930 – 1940-e years of political repressions and rehabilitated at the present time.

Key-words: Health care, doctor, repression, rehabilitation, Kaluga region, Kaluga oblast.

В 1929 году Калужская губерния как административно-территориальная единица была упразднена, а её районы вошли в состав Тульской, Смоленской, Московской и Орловской областей. Это разделение существовало до образования Калужской области в составе РСФСР (Указ Президиума Верховного Совета СССР от 5 июля 1944 года).

С 1917 по 1953 гг. на территории ныне существующей Калужской области было подвергнуто репрессиям около 40 тысяч человек [1, с. 3 – 4]. Немалую часть в этом скорбном списке занимают представители интеллигенции – ученые, педагоги, медики, инженеры, деятели культуры и искусства.

К работе по реабилитации жертв сталинских репрессий Управление КГБ по Калужской области приступило еще в 1956 году. До 1963 года в регионе были реабилитированы около 15 тысяч человек. Все жалобы и заявления осужденных ОГПУ, «тройками» НКВД – НКГБ и Особыми совещаниями рассматривались в Прокуратуре СССР. Эта работа велась в основном по заявлениям репрессированных граждан и их родственников.

С 1989 года деятельность в этом направлении получила новый систематично-организационный подход. Её результатом стало издание в 1994 году трёх томов мартиролога «Из бездны небытия» с именами калужан – жертв политических репрессий, реабилитированных на тот момент, в 2004 году вышел в свет 4-й том, где преимущественно представлены лица, осужденные в период Великой Отечественной войны [2, с. 147].

В 2008 – 2011 гг., работая над созданием трилогии книг «Из истории лечебного дела в Калужском крае», ее авторы – Н.В. Гущина, А.А. Илюхин и В.К. Крупичатов столкнулись со следующей проблемой: отсутствием не только сводного списка репрессированных в разные годы медицинских работников, но и официально обнародованной информации об инкриминируемых им преступных деяний.

В связи с этим было проведено исследование, источниковую базу которого составили:

1. Архивные справки из архивных уголовных дел, хранящихся в УФСБ России по Калужской области.
2. Документы Государственного архива Калужской области и Государственного архива документов новейшей истории Калужской области.

3. Списки репрессированных, содержащиеся в Книгах Памяти жертв политических репрессий.
4. Материалы периодической печати 1917 – 2011 гг.
5. Краеведческие издания.
6. Семейные архивы.
7. Воспоминания (самих репрессированных, их родственников и очевидцев).
8. Сведения из частных коллекций и музейных собраний.

Полученные сведения позволили реконструировать биографии, уточнить имеющиеся сведения и выявить ранее неизвестные факты профессиональной деятельности данных медицинских работников. В некоторых случаях в архивных уголовных делах имелись фотографии и личные документы.

Надо сказать, что за исключением отдельных лиц (врачей Ю.А. Вусовича, Н.М. Глаголева, Н.Л. Гернбергера, зав. аптекой А.А. Веллер), не были широко известны имена врачей, попавших под молот репрессий 30-х годов. И даже родственники, с которыми авторы находились в тесном информационном контакте, не знали подробностей их жизненного пути, для многих это стало настоящим откровением.

Результатом этой поисковой работы стали 111 имён возвращенных из бездны небытия невинно осужденных (для сравнения, в 1914 году в Калужской губернии состояло на службе всего 135 врачей).

С учетом того, что не все архивные документы сохранились до наших дней (особенно за период Великой Отечественной войны), не рассекречены и хранятся в различных региональных архивах (не близлежащих к Калужской области), этот список нельзя считать полным.

Изучение и сбор материалов осуществляется и в настоящее время, так что можно надеяться, что историческая справедливость восторжествует, и этот перечень значительно дополнится.

Если проанализировать имеющиеся данные, то можно прийти к выводу, что 70% репрессированных – врачи, 25% – фельдшеры, 5% – медсестры и санитарки; 80% – уроженцы Калужской губернии, родились в период с 1874 по 1922 гг.; 85% осуждены по ст. 58 п. 8, 10, 11 в 1937 – 1938 гг., 10% – в 1941 – 1945 гг.; 45% – к 10 годам исправительно-трудового лагеря, 45% – к срокам от 1 года до 10 лет, 10% – к высшей мере наказания. Реабилитация проходила в 1956 – 1991 годы. Некоторые из них были осуждены дважды, трижды и даже четырежды (в разные годы). Имеются лица участники – Первой мировой, Гражданской и Великой Отечественной войн, несколько человек находились в немецком плену.

В этом отношении показательны биографии Давидюк А.К. и Носонова Н.К.

Анна Кирилловна Давидюк родилась в 1900 году в г. Кобрин Гродненской губернии (Польша) в крестьянской семье.

В 1921 году после окончания в г. Москве фельдшерской школы она устроилась на работу в Кремлёвский детский сад в г. Москве на должность сестры-руководительницы группы детского сада, где проработала до 1923 года.

В первый раз арестована в 1924 году в г. Москве, как участница контрреволюционной общины католиков-доминиканцев. На основании ст. 58 п. 10, 11 УК РСФСР, приговорена к 3 годам ссылки в Сибирь, наказание отбывала в Тобольске.

В 1927 году, освободившись из мест лишения свободы, выехала на жительство в г. Ромны Полтавской области, где работала два года медсестрой амбулатории. Вторично арестована в 1929 году и, на основании ст. 54 п. 10 УК УССР, приговорена к 3 годам исправительно-трудового лагеря, наказание отбывала в Сиблаге в г. Новосибирске.

После освобождения из мест лишения свободы А.К. Давидюк приехала на жительство в г. Орёл, работала медсестрой в туберкулёзном диспансере. В третий раз арестована в 1935 году по обвинению в связи с иностранным подданным католической церкви и передачей ему политической и экономической информации. По постановлению Особого совещания при НКВД СССР в 1935 году, на основании ст. 58 п. 10 УК РСФСР, заключена в исправительно-трудовой лагерь сроком на 3 года, наказание отбыла.

Освободившись из мест лишения свободы в 1939 году, прибыла на жительство в г. Малоярославец. Однако, не устроившись на работу в г. Малоярославце, была вынуждена работать надомницей в артели в г. Москве. В период оккупации немецкими войсками г. Малоярославца нигде не работала, проживала на оккупированной территории. После освобождения города от немцев, выехала на жительство в п. Раменское Московской области, сдала при медицинской школе экзамены и получила свидетельство на звание медсестры. По распоряжению Малоярославецкого райздрави была направлена на должность медсестры в сельскую местность. Позже работала в артели «Буденовец» на вышивальных работах, медсестрой Петровской больницы Наро-Фоминского района Московской области. На момент ареста в 1948 году проживала в г. Малоярославце Калужской области, работала медсестрой в городской больнице.

В четвёртый раз А.К. Давидюк арестована 30 ноября 1948 года УМГБ Калужской области по обвинению в участии в антисоветской организации католиков-доминиканцев, передаче представителям иностранных государств информацию шпионского характера о политическом и экономическом положении в СССР, пособнической деятельности в период оккупации г. Малоярославца.

По постановлению Особого совещания при МГБ СССР от 17 августа 1949 года, на основании ст. 58 п. 1 «а», ст. 58 п. 10 ч. 2 и ст. 58 п. 11 УК РСФСР, А.К. Давидюк приговорена к исправительно-трудовым лагерям сроком на 10 лет.

По определению военного трибунала Московского военного округа от 6 сентября 1956 года постановление Особого совещания при МГБ СССР от 17 августа 1949 года отменено, дело производством прекращено за отсутствием состава преступления, А.К. Давидюк освобождена из-под стражи за отсутствием состава преступления [3].

Николай Канидович Носонов – родился в 1895 году в с. Каланс Кирсановского района Тамбовской губернии в крестьянской семье. Окончил городское училище и медицинский техникум.

В 1911 году устроился на работу в аптеку в г. Кирсанов, позже, переехав на жительство в Самарскую губернию, работал в городской аптеке.

В 1915 году призван на службу в царскую армию, где служил рядовым в 8-м Сибирском запасном батальоне. В июне 1916 года направили в школу прапорщиков в г. Ташкент, по окончании которой служил в 35-м пехотном запасном полку в г. Симферополь, позже его направили на Западный фронт, откуда он в 1918 году вернулся домой.

В октябре 1918 года Н.К. Носонов призван в ряды Красной Армии. Однако, попав в плен, перешёл на службу в армию Колчака, где служил с 1918 по 1920 гг. С 1920 по октябрь 1921 гг. снова служил в Красной Армии помощником адъютанта штаба полка.

Позже, переехав в г. Калугу, Носонов работал в городской аптеке, затем заведующим аптекой в г. Сухиничи.

На момент ареста вместе с семьёй проживал в п. Полотняный Завод Дзержинского района Смоленской (ныне Калужской) области, где работал в должности заведующего аптекой.

В первый раз он подвергся репрессиям в 1920 году, находился под стражей в течение месяца, был отпущен.

Вторично арестован в 1930 году по обвинению в преступлении по ст. 58 п. 10 УК РСФСР, содержался под стражей 4 месяца, отпущен.

В третий раз арестован 21 декабря 1937 года Дзержинским районным отделом УНКВД Смоленской области по обвинению в контрреволюционной агитации и пропаганде.

По постановлению «тройки» УНКВД Смоленской области от 4 января 1938 года, на основании п. 10 ст. 58 УК РСФСР, Н.К. Носов приговорён к высшей мере наказания – расстрелу. Приговор приведён в исполнение 4, по другим данным, 24 января 1938 года.

По Заключению Прокуратуры Калужской области от 28 марта 1989 года, на основании ст. 1 Указа Президиума Верховного Совета СССР от 16 янва-

ря 1989 года «О дополнительных мерах по восстановлению справедливости в отношении жертв репрессий, имевших место в период 1930-1940-х и начала 1950-х годов», Николай Канидович Носонов реабилитирован (посмертно) [4].

По завершении исследования планируется издать отдельную брошюру, содержащую не только биографические данные репрессированных, но и сведения о состоянии здравоохранения в Калужском крае в этот период времени, о законодательных и нормативных актах о репрессиях и реабилитации жертв политических репрессий.

Пример подобного издания уже существует. В 2010 году в г. Минске вышла в свет книга белорусского историка и писателя Л.В. Морякова «Репрессированные медицинские и ветеринарные работники Беларуси. 1917 – 1960».

В 1999 году в г. Калуге был открыт памятник жертвам политических репрессий (архитекторы Александр Токарев и Елена Кырчанова). 16 усеченных мраморных колонн, символизирующих сломанные жизни, установлены на пьедестале, обрамленном бордюром из серого гранита, надпись на котором гласит: «Калужанам. Жертвам политических репрессий. Вечная вам память».

Ежегодно, 30 октября, сюда приходят люди, чтобы возложить цветы и вспомнить всех тех, кто прошел ужас безосновательных обвинений, претерпевших насилие и беззаконие.

В 2009 году президент Российской Федерации Д.А. Медведев в своем обращении в связи с Днем памяти жертв политических репрессий подчеркнул, что память о национальных трагедиях также священна, как память о победе.

Приложение

Список медработников Калужского края – жертв политических репрессий, реабилитированных в настоящее время [5, с. 116 – 211]

1. Аверин Павел Селивёрович.
2. Александров Иван Иванович.
3. Антонов Иван Иванович.
4. Баданова (Боданова) Наталия Евстигнеевна.
5. Баккеревич (Беккаревич) Ярослав Владимирович.
6. Басенков Владимир Степанович.
7. Белова Татьяна Ивановна.
8. Берко Роман Иванович.
9. Бессонов (Безносков) Николай Александрович.
10. Бочкин Василий Михайлович.
11. Буланова Александра Федоровна.

12. Булгаков Александр Николаевич.
13. Бурмистрова Зинаида Антоновна.
14. Бурьянова Евгения Моисеевна.
15. Валуев Николай Григорьевич.
16. Васькин Иван Андреевич.
17. Введенская Марина Анатольевна.
18. Вейсис Андрей Андреевич.
19. Веллер Анна Абрамовна.
20. Вишин Михаил Михайлович.
21. Воробьева Мария Ивановна.
22. Воронкова Александра Ивановна.
23. Вусович Юрий (Георгий) Александрович.
24. Выгодский Михаил Миронович.
25. Гайдукова-Шаманская Станислава Казимировна.
26. Герасимов Владимир Антонович.
27. Гернбергер Николай Людвигович.
28. Гирьят Иосиф Казимирович.
29. Глаголев Николай Михайлович.
30. Голубев Петр Иванович.
31. Голубкова Наталья Тимофеевна.
32. Горбатов Федор Федорович.
33. Григорьева-Христенсен Софья Гансовна (Генсовна).
34. Грицай Михаил Григорьевич.
35. Гришин Федор Максимович.
36. Гришина Надежда Николаевна.
37. Давидюк Анна Кирилловна.
38. Демидов Дмитрий Николаевич.
39. Добронравов Виктор Александрович.
40. Добротворская Людмила Ивановна.
41. Евсиков Андрей Иванович.
42. Ершов Гавриил Дмитриевич.
43. Зайцева Елизавета Станиславовна.
44. Зонтаг Андрей Артемьевич.
45. Иванов Александр Федорович.
46. Исатский Адольф Адольфович.
47. Каширин Григорий Петрович.
48. Кипарисов Владимир Павлович.
49. Козлов Василий Алексеевич.
50. Козлова Клавдия Сергеевна.
51. Корягин Василий Гаврилович.
52. Крапухин Валерий Петрович.

53. Круковский Владимир Иванович.
54. Крылова Зоя Васильевна.
55. Куприянов Алексей Степанович.
56. Курганов Денис Михайлович.
57. Ларин Иван Андреевич.
58. Лебедева Ольга Михайловна.
59. Левин Дмитрий Евсеевич.
60. Лукьянов Владимир Иванович.
61. Манеров Яков Васильевич.
62. Мартынов Георгий Федорович
63. Матюхов Василий Алексеевич.
64. Махнюк Нина Владимировна.
65. Машковский Александр Ильич.
66. Миллер (Веллер) Леонид Семенович.
67. Михайлова Мария Тихоновна.
68. Монахов Николай Афанасьевич.
69. Морозов Николай Иванович.
70. Никотина Александра Ивановна.
71. Никишин Григорий Дмитриевич.
72. Новикова Татьяна Никитична.
73. Носонов Николай Канидович.
74. Осиков Иван Александрович.
75. Петров Борис Абрамович.
76. Пыптев Василий Федорович.
77. Пятницкий Владимир Владимирович.
78. Рачкова Тамара Матвеевна.
79. Родина Зоя Михайловна.
80. Рожков Владимир Петрович.
81. Розенберг-Голубева Роза (Розалия) Ароновна.
82. Ромашев Николай Захарович.
83. Рубцова Александра Ивановна.
84. Савушкин Сергей Павлович.
85. Свешников Михаил Александрович.
86. Селянинова Анна Александровна.
87. Сенюшкин Михаил Павлович.
88. Сивачев Григорий Георгиевич.
89. Сивачева Евдокия Михайловна.
90. Сигарева Мария Афанасьевна.
91. Смолин Николай Кузьмич.
92. Смотрелова Надежда Григорьевна.
93. Соловьев Владимир Сергеевич.

94. Сорокина Евгения Фроловна.
95. Старостин Иван Тимофеевич.
96. Степаков Андрей Павлович.
97. Степин Федор Митрофанович.
98. Талагаев Михаил Георгиевич.
99. Терещенко Елена Яковлевна.
100. Тихонов Петр Егорович.
101. Толченев Николай Павлович.
102. Улисов Александр Евгеньевич.
103. Фролова Татьяна Васильевна.
104. Харитонов Михаил Федорович.
105. Ходорович Александр Тимофеевич.
106. Холопов Александр Иванович.
107. Хохлов Андриан Филиппович.
108. Чернова Александра Ниловна.
109. Четверухин (Четвертухин) Леонид Александрович.
110. Чуков Николай Матвеевич.
111. Шалина-Пряничникова Ольга Ивановна.

Литература

1. Из бездны небытия. Книга Памяти репрессированных калужан. / Сост. Ю.И. Калининченко, В.Ю. Лисянский, Н.П. Мониновская. Т. 1. Калуга: Управление МБ РФ по Калужской области, 1993. С. 3-4.
2. Есть такая профессия... 95-летию Федеральной службы безопасности Российской Федерации посвящается / Авт-сост. Н.В. Гущина / Гл. ред. В.Н. Бурькин. – Калуга: Издательство НП «Калужский областной исследовательский и культурно-просветительский центр «Гараль», 2012. – С. 147.
3. Справка Управления ФСБ России по Калужской области № 94/8296 от 29 апреля 2011 года, выданная на основе архивного уголовного дела П-5501.
4. Справка Управления ФСБ России по Калужской области № 76/Г – 109 от 7 октября 2010 года.
5. Гущина Н.В., Илюхин А.А., Крупичатов В.К. Из истории лечебного дела в Калужском крае. Часть 3. / Ред. И.Е. Горолевич. – Калуга: Некоммерческое партнерство «Калужский областной исследовательский и культурно-просветительский центр «Гараль», 2011. – С. 116 – 211.

ОФТАЛЬМОЛОГ А.И. МАСЛЕННИКОВ: ИЗВЕСТНЫЙ И НЕИЗВЕСТНЫЙ

Н.А. Емельянова

Международная академия бизнеса и управления, Москва

OPHTHALMOLOGIST A.I. MASLENNIKOV: KNOWN AND UNKNOWN

N.A. Emelyanova

International Academy of business and management, Moscow

Аннотация: статья посвящена жизни и научному творчеству отечественного офтальмолога Алексея Ивановича Масленникова (1874-1950). Долгое время биографические сведения о нем считались утерянными. Масленникову принадлежит приоритет в установлении суточных колебаний внутриглазного давления (ВГД).

Ключевые слова: офтальмология, история офтальмологии, глаукома, внутриглазное давление, А.И. Масленников.

Abstract: The article deals with life and scientific and scientific activity of Russian ophthalmologist Alexey Ivanovich Maslennikov (1874-1950). For a long period of time his biographical data seemed to have been lost. Maslennikov was the first to determine the diurnal variation of intraocular pressure (IOP).

Key words: ophthalmology, history of ophthalmology, glaucoma, intraocular pressure, A. I. Maslennikov.

В России во второй половине XIX в. начала формироваться офтальмологическая научная школа. Лидером ее являлся профессор Московского университета Алексей Николаевич Маклаков. Крупный ученый, изобретатель тонометра – прибора для измерения внутриглазного давления, он талантливо подбирал учеников, умея увлечь их своими смелыми идеями. Одним из приоритетных направлений в офтальмологии в то время являлась глаукома. Оставалось многое неясным в природе этого заболевания: является ли давление внутри глаза постоянным или оно меняется в течение суток?

Овладев тонометрией по методу Маклакова, ординатор глазной клиники Московского университета Алексей Иванович Масленников приступил к систематическому ежедневному измерению внутриглазного давления (ВГД) у больных. Впервые о своих наблюдениях колебаний ВГД А.И. Масленников сообщил на заседании Московского общества глазных врачей в 1904 г. Им проведены исследования внутриглазного давления как у здоровых людей, так и больных глаукомой. Давление измерялось два раза в сутки, утром и вечером. Установлено: давление в первую половину дня выше. При исследовании на здоровых глазах разница между утренним и вечерним измерениями

не превышала 2 mm Hg. Разница в колебаниях ВГД у больных глаукомой колебалась от 3 до 23 mm Hg. Отсюда вывод: гипотензивные средства и хирургическое вмешательство у больных должны применяться в то время суток, когда начинается повышение ВГД. Сообщение молодого ученого вызвало одобрение членов Общества. Присутствовавшими учеными была отмечена практическая ценность проведенных исследований, которые проясняли противоречие: почему найденное утром повышение ВГД одним врачом, может быть опровергнуто другим. Предложенный Масленниковым метод измерения суточных колебаний ВГД значительно облегчал диагностику глаукомы.

Научная статья А.И. Масленникова «О суточных колебаниях внутриглазного давления при глаукоме», опубликованная в «Вестнике офтальмологии» (по правилам орфографии того времени «ь» в этом слове не писался) в 1905 г., вызвала интерес в научном мире. Статья была переведена на немецкий и французский языки, реферирована в журналах. Разделяя мнение отечественных ученых связи глаукомы с душевными эмоциями больных, Масленников в статье «Случай истерического расстройства зрения» (1903) привел клинические примеры ухудшения состояния больных глаукомой в годы первой мировой войны, революции и от пережитых стрессов. Имя ученого вскоре стало широко известным и прочно ассоциировалось с открытыми им колебаниями ВГД.

В дальнейшем исследования А.И. Масленникова продолжили отечественные ученые В.П. Одинцов и В.Н. Нейман (1929), А.З. Мишулина (1929), А.С. Вейс (1931), С.Б. Розовская (1938), которые доказали, что размах суточных колебаний ВГД значительно превышает амплитуду колебаний здорового глаза.

Несмотря на достаточно серьезный дебют в науке, многие годы об этом ученом имелись весьма скудные сведения. Проследить его творческий путь можно было только по немногочисленным статьям, вышедшим в специальных журналах. После смерти ученого появился небольшой некролог (без портрета). Казалось, что данные о жизни и творчестве этого выдающегося русского ученого навсегда утеряны. Но благодаря исторической рубрике в бюллетене «Новости глаукомы», где вышла статья о Масленникове (Емельянова 2008), удалось восстановить его полную биографию. После публикации автору статьи позвонил внук Масленникова, Михаил Николаевич Солодовников, в настоящее время проживающий с семьей в Крыму. Он предоставил данные об А. И. Масленникове, в том числе собранные краеведом П.А. Поповым (по материалам Государственного архива Воронежской области). Благодаря этому удалось наиболее полно восстановить биографию ученого.

Алексей Иванович Масленников родился 5 февраля 1874 г. в городе Старица Тверской губернии в семье мещанина. Окончил медицинский факультет Московского университета, недолгое время работал земским врачом в г. Старица. С 1901 по 1905 гг. состоял ординатором глазной клиники Мос-

ковского университета. Участвовал в ликвидации трахомы, работая в «глазных отрядах» в Московской, Нижегородской и Вятской губерниях. После успешного выступления на Обществе офтальмологов и вышеназванной публикации он недолго оставался в Москве, вскоре переехал жить в Воронеж. Здесь руководил бесплатной лечебницей местного отделения Мариинского попечительства о слепых. Под его руководством было построено и оборудовано новое здание глазной больницы, открытое в 1911 г. и не имевшее себе равных в провинциальной России. С 1906 по 1925 гг. Масленников преподавал курс глазных болезней в Воронежских фельдшерских школах. В 1919 г., когда город был занят белогвардейскими частями, Масленников работал врачом в Ессентуках. В 1920 г. он возвратился в родной город, где стал заведующим, и по 1935 г. – главным врачом Воронежской глазной больницы (в то время – имени Н.А. Семашко). Сейчас – Воронежская областная клиническая офтальмологическая больница.

В 1923 г. А.И. Масленников успешно защитил диссертацию «О колебаниях внутриглазного давления в нормальном и патологическом состоянии глаза» на степень доктора медицины. Это исследование высоко оценили специалисты. Академик Л.Г. Беллярминов отзывался о Масленникове как «о выдающемся офтальмологе». Затем А.И. Масленникова избрали приват-доцентом кафедры глазных болезней Воронежского мединститута, он руководил обучением молодых врачей, подготовив около 40 специалистов, впоследствии работавших в разных городах страны.

В предвоенные годы Алексей Иванович внес большой вклад в организацию и деятельность «глазных отрядов», которые оказали помощь в Центрально-Черноземной области России преимущественно в борьбе с трахомой. По результатам поголовного осмотра населения он выпустил книгу «Трахома в Воронежской области» и составил карту распространения этой болезни в регионе.

Масленников также изучал травматизм глаз, прежде всего у работников сельскохозяйственного производства. Обследуя население Воронежской губернии, он убедился в том, что травма в сельском хозяйстве занимает почти половину всех случаев «свежего травматизма глаз». При этом возможность получения неотложной и специализированной офтальмологической помощи у крестьян менее своевременная. Сравнив среднее время пребывания инородного тела в глазу, установил, что у рабочего это – 7 часов, у работника сельского хозяйства – 4,3 суток (103 часа)! С учётом этих данных А.И. Масленников предлагал расширить сеть участковых лечебных учреждений, организовать во всех уездных и крупных сельских больницах стационары для глазных больных.

Во время Великой Отечественной войны эвакуированный с семьей в Мордовскую АССР Алексей Иванович Масленников работал глазным вра-

чом и заведующим врачебным трахоматозным пунктом в районном центре Рыбкино. Здесь же по его инициативе организованы для молодых специалистов курсы повышения квалификации по глазным болезням. Последние годы жизни доктор Масленников жил и работал в Воронеже, консультируя в поликлиниках города. Он автор статей в офтальмологических изданиях, а также в журнале «Воронежское здравоохранение». Умер А. И. Масленников 28 мая 1950 г., похоронен в Воронеже.

Работая с офтальмологическими источниками, следует учитывать, что до революции фамилия ученого писалась с одной буквой «н» – Маслеников, потом с двумя.

Исследования Алексея Ивановича Масленникова обогатили офтальмологию ценным методом изучения глаукомы. Его имя до сих пор известно многим отечественным и зарубежным специалистам. Благодаря ему, приоритет в установлении суточных колебаний внутриглазного давления принадлежит российской науке.

Литература

1. Масленников А.И. О суточных колебаниях внутриглазного давления при глаукоме. Москва, 1905. 26 с.
2. Памяти А. И. Масленникова // Вестник офтальмологии. 1951. № 3. С. 47- 48.
3. Приоритет А.И. Масленникова в открытии суточных колебаний внутриглазного давления // Новости глаукомы. 2008. № 3 [7]. С. 24, 39.
4. И снова об А. И. Масленникове // Новости глаукомы. 2012. № 2 [22]. С. 11, 37.

А.В. МАРТЫНОВ – «ЗНАМЕНОСЕЦ НАУКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ИСКУССТВА»

С.Р. Жербятьева

*Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова*

Е.А. Соколова

Академия права и управления Федеральной службы исполнения наказаний

A.V. MARTYNOV – «THE GONFALONIER OF THE SCIENCE AND SURGICAL WORKMANSHIP»

S.R. Zhrebjateva

I.P. Pavlov Ryazan State Medical University

E.A. Sokolova

The Academy of the Federal Penal Service of Russia

Аннотация: статья посвящена личности и деятельности выдающегося русского хирурга, ученого, педагога, общественного деятеля Алексея Васи-

льевича Мартынова. Талантливый клиницист, врач-гуманист, на протяжении многих лет он был одним из наиболее авторитетных руководителей отечественной хирургии. Внес значительный вклад в изучение вопросов хирургии органов брюшной полости, болезней желчных путей и щитовидной железы, урологических заболеваний, заболеваний сосудов и проблем изменения крови после хирургических вмешательств.

Ключевые слова: хирург, декан медицинского факультета, хирургия поджелудочной железы, неотложная панкреатология, грыжесечение, методика гастроэнтероанастомоза.

Abstract: the article is devoted to the personality and activities of the outstanding Russian surgeon, scientist, pedagogue, public figure Alexei Vasilyevich Martynov. A talented clinician, a humane doctor, for many years he was one of the most authoritative leaders of Russian surgery. He made a significant contribution to the study of the issues of surgery of the abdominal organs, diseases of the bile tract and thyroid gland, urological diseases, vascular diseases and problems of blood changes after surgical interventions.

Key words: surgeon, dean of the medical faculty, surgery of the pancreas, urgent pancreatology, a hernia repair, the technique of the gastroenteroanastomosis.

В 2018 году исполняется 150 лет со дня рождения заслуженного деятеля науки, профессора, выдающегося русского хирурга, педагога и ученого Алексея Васильевича Мартынова, уроженца рязанской края, имя которого составляет славу и гордость отечественной медицины. Профессор Сергей Петрович Федоров, известный хирург-уролог первой половины XX века, соредактор Алексея Васильевича по Руководству практической хирургии, выступая в 1927 г. на юбилее по случаю 35-летия научной, врачебной и общественной деятельности А.В. Мартынова, назвал его «знаменосцем науки и хирургического искусства, а также образцом для всех высокого гуманизма врача-клинициста» (Назарова 1969: 251).

Алексей Васильевич родился 12 (25) июня 1868 г. в д. Ерофеевка (по некоторым данным – д. Слободка) Спасского уезда Рязанской губернии в семье земского врача статского советника Василия Алексеевича Мартынова и его супруги Александры Ивановны.

Отец будущего основателя московской хирургической школы был авторитетным врачом и крупным общественным деятелем Рязанской губернии, пользовался уважением и любовью местного населения. В 1875 г. вместе с К.П. Асеевым (будущим тестем Алексея Мартынова) и другими коллегами основал Рязанское общество врачей (с 1908 г. – Рязанское медицинское общество), неоднократно избирался его вице-президентом, президентом (1905-1914 гг.), был почетным членом Общества. Александра Ивановна была пианисткой, ученицей известного в то время музыканта Вильшау. Благодаря

матери, увлечение музыкой Алексей Васильевич сохранил на всю жизнь, сам играл на рояле, свободно читал с листа, страстно любил симфоническую музыку.



Дом семьи Мартыновых в д. Ерофеевка Спасского уезда Рязанской губернии (фото из семейного архива Мартыновых)



*Родители А.В. Мартынова:
Василий Алексеевич Мартынов и Александра Ивановна Мартынова
(фото из семейного архива Мартыновых)*

В 1874 г. семья Мартыновых переехала из Спасска в г. Рязань, там Алексей Васильевич с серебряной медалью окончил мужскую гимназию, после чего поступил на медицинский факультет Московского университета, который окончил в 1891 году, получив звание лекаря.

С малой родиной Алексей Васильевич сохранял деловые и дружеские связи на протяжении всей своей жизни: в 1892 году он принимал активное участие в борьбе с эпидемией холеры в родном городе Спасске, позже пос-

тоянно посещал Рязань, участвовал в научных конференциях, консультировал пациентов, выступал на заседаниях Научного рязанского медицинского общества с докладами о профилактике и лечении зоба, хирургии печени и желчных путей, состоял почетным членом Общества исследователей Рязанского края. Истории рязанской медицины первой половины XX века известны имена многих талантливых хирургов, учеников Алексея Васильевича разных поколений (М.А. Егорова, Е.А. Левашовой, А.Г. Смиттена, М.В. Яковлева и др.).



А.В. Мартынов с группой врачей Рязанской губернии, в первом ряду третий слева (ГАРО. Ф. Р-5594. Д. 24)

В 1891 г. по рекомендации профессора А.А. Боброва главный врач Басманной больницы П.Н. Федоров (отец крупнейшего российского хирурга С.П. Федорова) принял А.В. Мартынова на работу врачом-экстерном без денежного содержания. Как отмечает ученик А.В. Мартынова профессор М.А. Егоров, впоследствии – заведующий кафедрой топографической анатомии и оперативной хирургии Рязанского медицинского института, выбор хирургии своей специальностью для Алексея Васильевича не был случайным. Мартынов стремился работать в той области, где роль врача наиболее активна, полезна и ясна, хирург всегда ясно видит последствия своей деятельности, успех и отрицательные результаты своих вмешательств, которые, несмотря на всю добросовестность хирурга, иногда встречаются совершенно неожиданно. Все это воспитывает привычку к анализу своих действий и постоянному совершенствованию (Егоров, Яковлев 1953: 6).

Выбор в качестве научного руководителя профессора Александра Андреевича Боброва также не был случайным для Алексея Васильевича. Искуснейший хирург и человек, далеко выходящий за рамки академической работы на поприще общественно-полезной деятельности, Бобров пользовался

заслуженным уважением и любовью молодежи за свою правдивость, честность и простоту характера. В 1892 г. А.А. Бобров пригласил Мартынова на должность сверхштатного ординатора в клинику Ново-Екатерининской больницы. Здесь Алексей Васильевич впервые начал свою педагогическую деятельность, проводя практические занятия со студентами. Интересно, что именно Бобров, перешедший через год своей работы из Ново-Екатерининской больницы в клинику на Девичьем поле, дал Мартынову, собиравшемуся последовать за своим учителем, неожиданный совет: оставаться к Екатеринбургской больнице, открывавшей неограниченные возможности для хирургической практики. И он не ошибся: спустя 12 лет Алексей Васильевич – опытнейший практический хирург, доктор медицины, автор монографии «Хирургия поджелудочной железы».

Хирургия поджелудочной железы оставалась малоизученной областью медицины, работ русских авторов почти не было. Изучая ее анатомию, А.В. Мартынов предложил новую схему деления поджелудочной железы на отделы. В 1897 г. Мартынов защитил первую в России диссертацию на степень доктора медицины на тему «Хирургия поджелудочной железы». Алексей Васильевич стал основоположником неотложной панкреатологии. Характеризуя трудность диагностики острого панкреатита, он писал: «... Распознавание острого панкреатита возможно при жизни лишь на операционном столе при операции под другим диагнозом», а также отмечал, что при диагностике острого панкреатита «ошибка является правилом, тогда как правильный диагноз – исключением». Современный ему этап изучения заболеваний поджелудочной железы А.В. Мартынов называл «периодом знакомства с клинической стороной патологии» (Гарбузенко).

В 1898 г. А.В. Мартынов получил звание приват-доцента и продолжил стажировку в лучших европейских клиниках Германии, Швейцарии и Франции.

По возвращении на родину в 1904 г. Алексей Васильевич недолго работал в Харьковском университете на кафедре хирургической патологии, в 1905 г. после смерти К.Ф. Клейна вернулся в Ново-Екатерининскую больницу в должности директора хирургической клиники, а в 1910 г. перешел в клинику на Девичьем поле, где был избран директором основной госпитальной хирургической клиники Московского университета, и проработал там до самой своей смерти почти четверть века (Шахбазян, 1946: 8).

С работы в клинике на Девичьем поле начался новый этап научной и хирургической деятельности А.В. Мартынова.

Алексей Васильевич описал грыжи пахового треугольника в своем труде «Об анатомических основах коренных операций паховой грыжи» (1898) и применил оригинальную методику, которая вошла в историю хирургии как способ пластики косых паховых грыж по Мартынову. Он предложил подши-

вать верхний лоскут апоневроза косо́й мышцы живота к паховой связке и фиксировать нижний лоскут поверх этого шва с формированием дубликатуры.

Интересно, что Алексей Васильевич тщательно исследовал отдаленные результаты грыжесечения. Им была разработана «схема получения дальнейших сведений о хирургических больных, прооперированных в 1910-1925 гг. по поводу односторонней или двухсторонней косо́й паховой грыжи». Это была специальная анкета следующего содержания: «1. Прочен ли оказался результат операции, или грыжа снова вернулась? 2. Если вернулась, то через сколько времени после операции? Не можете ли указать причину возврата? 3. Если грыжа вернулась, то какова она? Исполнением просьбы много обяжете, профессор А. Мартынов». Среди ответов чаще были такие: «...результат сделанной мне операции оказался настолько прочен, что незаметно ни малейших следов возвращения грыжи». Если грыжа и возвращалась, то обычно после тяжелого физического труда (ГАРО. Ф. Р-6671. Д. 13).

Выводы своих многолетних исследований А.В. Мартынов отразил в докладе «Радикальные операции паховых и бедренных грыж и их отдаленные результаты» на XVIII съезде российских хирургов в 1927 году.

Также А.В. Мартынов предложил использовать дубликатуру апоневроза прямой мышцы живота для закрытия дефекта брюшной стенки при послеоперационных грыжах.

В 1907-1910 гг. А.В. Мартынов по совместительству заведовал андрологической клиникой при Московском университете после смерти прежнего заведующего Ф.И. Синицына. В этот период помимо операций на нижних мочевых путях стали производиться вмешательства на почках и мочеточниках. Широкомасштабный общий хирург А.В. Мартынов очень интересовался урологией, которой посвятил ряд работ, в частности, о пионефрозе и паранефрите («О деревянистом воспалении клетчатки», 1901), о нефропексии подвижной почки (доклад на III Съезде российских хирургов в 1902 году). Алексей Васильевич за короткое время пребывания на посту директора произвел первое удаление предстательной железы, в 1910 году им были предложены и разработаны операция рассечения перешейка подковообразной почки, метод пересадки мочеточника в сигмовидную кишку.

В августе 1914 года Алексей Васильевич отправился в действующую армию в качестве хирурга-консультанта. Пробыв на Северо-Западном фронте около трех месяцев, он возвратился в Москву, где руководил хирургической работой Пушкинско-Хамовнического госпиталя. Учитывая нужды военного времени, он провел реорганизацию клиники, отдав большую часть коек раненым, где занимался вопросами лечения ранений позвоночника и спинного мозга, был одним из инициаторов организации травматологических институтов, предназначенных «для оказания специальной помощи раненым воинам со сложными и тяжелыми повреждениями органов движения», в 1918-

1920 гг. заведовал Травматологическим институтом в Москве, (Шахбазян, 1946: 8).

Одновременно с работой в госпитале А.В. Мартынов продолжает заниматься научной работой. В 1916 году он оппонирует на защите докторской диссертации известного хирурга В.Ф. Войно-Ясенецкого «Регионарная анестезия». В своих «Мемуарах» Войно-Ясенецкий вспоминает, что Алексей Васильевич сказал: «Мы привыкли к тому, что докторские диссертации обычно пишутся на заданную тему, с целью получения высших назначений по службе, и научная ценность их невелика. Но когда я читал Вашу книгу, то получил впечатление пения птицы, которая не может не петь, и высоко оценил ее» (Поповский 1996).



А.В. Мартынов – декан медицинского факультета Московского университета, 1920-1922 гг. (ГАРО. Ф. Р-6671. Д. 24)

В 1920-1922 гг., эпоху небывалых политических перемен в жизни российского общества и высших учебных заведений, в период раскола среди профессуры Алексей Васильевич возглавил медицинский факультет Московского университета. Его непререкаемый авторитет среди научной медицинской общественности и всеобщее признание позволили отстоять нормальную жизнь и деятельность медицинского факультета, предотвратить конфликты в академической и студенческой среде (Егоров, Яковлев 1953: 22). В эти годы А.В. Мартынов участвовал в работе по организации в Ташкенте медицинского факультета Туркестанского университета, медицинского факультета Смоленского государственного университета.

Сразу после 1917 г. А.В. Мартынов становится консультантом по хирургии Лечсанупра Кремля. В 1921 году по инициативе руководства Центрального военного госпиталя (ЦВКГ им. П.В.Мандрыки) он был назначен

на должность первого хирурга-консультанта, которую исполнял вплоть до 1934 года. В этот период он занимался изучением язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Хирургические вмешательства по этому поводу заканчивались наложением гастроэнтероанастомоза, методику которого предложил Алексей Васильевич и которую стали применять все хирурги госпиталя. Мартынов оперировал каждый четверг и в любой другой день по срочным вызовам, лично редактировал и проверял научные работы хирургов, готовил их к выступлениям на заседаниях Хирургического общества.

А.В. Мартынов часто выступал в качестве эксперта в самых трудных случаях медицинской практики. В 1915 году консультировал и оперировал композитора А.Н. Скрябина по поводу осложненного карбункула верхней губы. В 1925 году ассистировал вместе с И.И. Грековым на операции по поводу язвы желудка М.В. Фрунзе. Годом раньше, в 1924 г., проводил аппендэктомию М.А. Булгакову. По воспоминаниям второй жены писателя Л.Е. Белозерской-Булгаковой, писатель бывал на музыкальных вечерах в доме Мартыновых. Описывая в повести «Собачье сердце» операцию на гипофизе Шарикова, М.А. Булгаков обращался за некоторыми хирургическими уточнениями к Алексею Васильевичу и не исключено, что профессор Мартынов явился прообразом профессора Преображенского.

29 мая 1927 г. на долю Алексея Васильевича выпала высокая ответственность оперировать великого русского физиолога, лауреата Нобелевской премии, своего земляка И.П. Павлова по поводу калькулезного холецистита, осложненного обтурационной желтухой. Операция была произведена в Обуховской больнице в клинике профессора И.И. Грекова. А.В. Мартынову ассистировал его ученик профессор А.Д. Прокин. У И.П. Павлова из общего желчного протока был удален камень величиной с вишню (Назарова 1969: 254). После операции Павлов прожил еще 9 лет.

Именитый пациент посвятил А.В. Мартынову свой труд «Проба физиологического понимания симптоматологии истерии» (1932 г.), подписав его: «Глубокоуважаемому товарищу Алексею Васильевичу Мартынову к сорокалетию его выдающейся научной, учительской и практической деятельности посвящается благодарным автором».

Алексей Васильевич является автором более 100 научных работ, в том числе 4 монографий, посвященных актуальным вопросам хирургии органов брюшной полости, эндокринологии, военно-полевой хирургии. Он одним из первых отечественных хирургов стал широко оперировать на желчных путях и разработал показания к некоторым операциям в этой области, предложил метод перитонизации культи пузырного протока и ложа желчного пузыря, позволивший наглухо закрыть брюшную полость после холецистэктомии. А.В. Мартынов первым в России выполнил операцию удаления паращитовидной железы по поводу аденомы, предложил клиновидную резекцию

щитовидной железы, которая в 1929 году была признана восьмым Международным конгрессом хирургов.



Проф. А.В. Мартынов в центре. Оперирует доцент А.Д. Прокин, 1913 г. (ГАРО. Ф. Р-5594. Д. 24)

На протяжении 30 лет Алексей Васильевич был одним из авторитетнейших представителей отечественной хирургии и любимым учителем тысяч врачей, вышедших из стен Московского университета. Еще в 1900 году он выступил членом-учредителем и организатором Общества российских хирургов, а с 1925 г. – председателем правления Общества.

А.В. Мартынов активно занимался вопросами периодической медицинской печати, основал «Ежегодник Екатерининской больницы» и выпустил 4 тома. Под редакцией А.В. Мартынова вышли 2 тома «Ежегодника русской медицинской печати» (1912-1914), первого русского медицинского реферативно-библиографического издания, прекратившегося с началом империалистической войны. А.В. Мартынов являлся соредктором многих научных изданий: «Руководства практической хирургии», хирургического отдела Большой медицинской энциклопедии, журналов «Клиническая медицина», «Русская клиника», «Вестник хирургии и пограничных областей».

Мартынов не считал хирургию делом избранных, отмечая, что она доступна подавляющему большинству врачей, серьезно решивших посвятить себя этой специальности, для которой нужны «врожденная ловкость, знания, постоянно обновляемые, находчивость, удовлетворительная техника, и сердечное отношение к пациенту» (Шахбазян, 1946: 10). Он создал крупную школу хирургов (В.Р. Брайцев, И.Г. Руфанов, С.Д. Терновский, Р.М. Фронштейн, М.А. Егоров и другие).

Один из учеников А.В. Мартынова так характеризовал стиль научной работы своего шефа: «Алексей Васильевич не одобрял в научной работе стремление к сенсации, к дешевым и легким успехам. В этом отношении

сам Алексей Васильевич являл нам всегда пример величайшей скромности, вплоть до того, что не спешил, а иногда и вовсе избегал опубликовывать даже те свои взгляды и методы, приоритет авторства на которые бесспорно принадлежат ему» (Блументаль 1935).

Выступая в июне 1968 г. в госпитальной хирургической клинике I Московского медицинского института на торжественном собрании, посвященном 100-летию со дня рождения А.В. Мартынова, академик Б.В. Петровский сказал: «Не каждому хирургу, даже самому выдающемуся, удастся предложить и разработать новые операции. Алексей Васильевич предложил и разработал несколько новых операций...» (Гудынский, 1968: 5).

В начале января 1934 года в конце очередной операции А.В. Мартынов почувствовал себя плохо и через несколько дней слег. Он мужественно поставил себе диагноз «сепсис», рассказав об этом своему старшему ассистенту П.Г. Мелихову 8 января 1934 г. (заболевание было получено в результате двукратного ранения руки во время гнойных операций, проведенных в конце 1933 г.). Через 2 недели, 24 января 1934 г., Алексей Васильевич скончался. Узнав об этом, профессор П.А. Герцен сказал: «Умерла совесть русской хирургии».

Авторы статьи выражают благодарность Николаю Дмитриевичу Мартынову за использование фотографий из семейного архива.

Литература

1. Белозерская-Булгакова Л.Е. О, мед воспоминаний. URL: http://www.belousenko.com/books/memoirs/belozerskaya_bulgakova_memoirs.htm (дата обращения: 28.08.2017).
2. Блументаль Л.Н. Речь памяти А.В. Мартынова // Советская клиника. 1935. № 1. URL: <http://sohmet.ru/books/item/f00/s00/z0000017/st008.shtml> (дата обращения: 28.08.2017).
3. Валь В.В., Симоненко А.В. Мартынов – первый хирург-консультант ЦВКГ им. П.В. Мандрыки // Военно-медицинский журнал. 2009. № 5. С. 100-102.
4. Гарбузенко Д.В. Острый панкреатит. URL: <http://garbuzenko62.ru/pankreatit.htm> (дата обращения: 28.08.2017).
5. Егоров М.А., Яковлев М.В. Профессор А.В. Мартынов – выдающийся представитель советской хирургии: статья // ГАРО. Ф. Р-6671. Д. 19.
6. Гудынский Я.В. Алексей Васильевич Мартынов (К 100-летию со дня рождения) // Урология и нефрология. 1968. № 5. С. 3-5.
7. Молод Е.К. Памяти профессора А.В. Мартынова // Вестник хирургии имени И.И. Грекова. 1968. № 10. С. 142-144.
8. Назарова В.Л. А.В. Мартынов в воспоминаниях современников // Из истории медицины: сб. ст. Вып. VIII. Рига, 1969. С. 251-255.
9. Поповский М.А. Жизнь и житие Войно-Ясенецкого, архиепископа и хирурга. 1996. URL: <https://azbyka.ru/fiction/zhizn-i-zhitie-vojno-yaseneckogo-arxiepiskopa-i-xirurga/> (дата обращения: 28.08.2017).
10. Шабанов А.Н., Богорад И.В. А.В. Мартынов (1868-1934). М.: Медицина, 1971. 167 с.
11. Шахбазян Е.С. Профессор Алексей Васильевич Мартынов // Хирургия. 1946. № 9. С. 6-11.

ВРАЧ Ю.А. ВУСОВИЧ И ЕГО НАСЛЕДИЕ ПО ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

А.А. Илюхин

Калужская областная клиническая больница. Музей медицины.

(г. Калуга, Россия)

THE DOCTOR VUSOVICH AND HIS LEGACY ON THE HISTORY OF MEDICINE

A.A. Ilyukhin

Kaluga regional hospital. Museum of medicine

Аннотация: статья посвящена деятельности калужского врача Ю.А. Вусовича и изучению его наследия по истории медицины.

Abstract: the article is devoted to the activities of Kaluga a doctor Y.A. Vusovich and the study of his legacy on the history of medicine.

Ключевые слова: деятельность, краевед, писатель, история медицины.

Key word: local history, writer, the story of medicine.

Юрий (по метрической книге – Георгий) Александрович Вусович родился 15 (28) сентября 1882 года в г. Калуге в семье педагога, историка и краеведа Александра Мартыновича Вусовича (1837–1904) и Анны Дмитриевны Вусович (1853–1933) урожденной Щербачевой – племянницы контр-адмирала Петра Ивановича Щербачева. 30 ноября 1898 года Ю.А. Вусович получил от Могилевского дворянского депутатского собрания ответ о признании его в потомственном дворянстве и затем был внесен в 3-ю часть Дворянской родословной книги Могилевской губернии (Указ по департаменту герольдии № 3284 от 28 октября 1899 года). Начальное образование получил дома. В 1892 году поступил в Калужскую Николаевскую гимназию, которую окончил в 1900 году и в том же году поступил на медицинский факультет Московского Императорского университета.

После окончания университета медицинская деятельность Ю.А. Вусовича связана с медицинскими учреждениями Калужской губернии (земская больница в г. Воротынский, Перемышль). После революции 1917 года, в 1918 году Ю.А. Вусович работал заведующим патологоанатомическим отделением Калужской районной (губернской) больницы. В этот период времени он активно занимается организаторской деятельностью. В 1918 году был делегатом съезда медицинских работников, с 1919 года – член профсоюза медсантруда. В 1924 организовал губернскую санитарно-бактериологическую лабораторию, которой руководил до 1934 года. Занимался хлорированием воды в Калужском водоканале. Внес большой вклад в становление и развитие санитарного дела и здравоохранения в г. Калуге. С 1930 года состо-

ял членом секции научных работников. Дважды избирался в Калужский городской Совет 12-й и 14-й созывы. Юрий Александрович вел большую просветительскую и педагогическую работу. Преподавал в фельдшерской и фармакологической школах, школе медсестер, в акушерском, педагогическом, сельскохозяйственном техникумах и учительском институте. Ю.А. Вусович активно занимался краеведением. Обследовал и описал многие минеральные (Резванские озера) и грязевые источники Калужского края, ратуя за создание здесь курортной зоны. В 1929 году издал книгу «Медико-топографическое описание г. Калуги». Он был прекрасным фотографом, коллекционером, имел большую библиотеку, был членом районного бюро краеведения и членом других краеведческих организаций, существовавших в то время в г. Калуге.

Литературное краеведческое наследие Ю.А. Вусовича для истории медицины Калужского края имеет большое значение, но особое место в этом наследии занимает написанная им книга «К 125-летию Хлюстинских заведений 1809–1934». В этой книге он нам сообщил следующее: «Большой вклад в развитие здравоохранения калужской земли внес Антон Семенович Хлюстин. Ко времени образования Мосальского уезда (1777 год) он был купцом первой гильдии и в 1792 был внесен в родословную дворянскую книгу.

Антон Семенович вошел в историю как благотворитель, который из своего состояния вкладывал огромные суммы на строительство общественных зданий, на помощь обездоленным. В 1802 году он выделил 50 тысяч рублей на строительство дома для инвалидов и умалишенных в г. Калуге: «...для усугубления признательности своей к Отечеству, чтобы усердие к человечеству тем вящее умножить». В 1805 году началось постройка дома. Доктор Гунн, проезжавший в этом году через Калугу в свите графа Алексея Разумовского, в письмах к своему другу писал, что «помещик Хлюстин строил тогда великолепную больницу». Строительство завершилось в 1809 году без почившего Антона Семеновича, но с участием его сыновей – Семена, Михаила, которые пожертвовали еще 1500 ассигнациями рублей на содержание учреждения, переданного в ведение Приказа общественного призрения. Открытие дома было приурочено к освещению выстроенной при нем церкви во имя князя Александра Невского и состоялось 6 октября, когда было получено извещение о взятии у турок крепости Измаил. Торжество открытия собрало «всех чинов» губернии и дворянство и сопровождалось «обеденным столом» для собравшихся. Так создавался центр Хлюстинских заведений, будущей губернской больницы, вокруг которого возводились и к которому постепенно присоединялись все дальнейшие здания. В 1824 году в Хлюстинском доме помещались – Инвалидный дом, Дом умалишенных, Воспитательный дом и бедные обер-офицерские дети. В новых каменных корпусах, построенных к этому времени, располагалось мужское отделение

(восточный корпус), женское отделение (западный корпус). В специально выстроенном здании функционировала аптека. Новое заметное расширение Хлюстинских заведений относится к 1826 году, когда купец Иван Максимович Золотарев передал в состав заведения близ находящегося двухэтажного здания, который впоследствии назывался «Золотаревским домом». Все лечебные и не лечебные заведения, возникшие при Хлюстинском доме после 1809 года, находились под общим управлением упомянутого дома, у них была общая администрация, общая хозяйственная часть и контора. Все эти заведения сводились в одно целое и общим названием «Калужские или Хлюстинские богоугодные заведения». Первым и главным лицом в Калужских богоугодных заведениях был «старший врач» (Вусович Ю.А., 1934).

К 125-летию юбилею (1934 год) Хлюстинские заведения превратились не только в главный центр оказания медицинской помощи, но и центром по повышению квалификации медицинских работников, на базе заведения были организованы – фельдшерская школа, курсы по подготовке сестер милосердия, курсы по уходу за больными и ранеными, курсы бабок повитух. В 1862 году при Хлюстинской больнице было открыто, одно из первых в России, научное медицинское общество «Общество калужских врачей». Основателем и председателем его был врач В.Е. Кричевский. При больнице имелась медицинская библиотека, которая постоянно пополнялась книгами и журналами. Губернский период деятельности Хлюстинских заведений связан с именами таких врачей как В.Е. Кричевский, Ю.К. Герхен (старший врач), А.П. Бабушкин, И.И. Толпыго (старший врач), И.И. Дубенский (старший врач), В.А. Красинцев, С.Н. Генералопитомцев, М.М. Селиванов, В.П. Богословский, Ю.А. Вусович, В.Г. Попов и др. Возникнув по частному почину и на частные средства, эти заведения из скромного богаделенного дома, рассчитанного первоначально на 70 – 80 человек инвалидов и умалишенных с годовым бюджетом в 7 – 8 тысяч рублей ассигнациями, в течение столетия разрослись в громадное общественное учреждение, на содержание которого в 1909 году при сметном числе стационарных больных и призреваемых в 840 человек ассигновано 276800 рублей (вместе с ремонтом, богадельней и Бушмановским приютом). В своей книге Ю.А. Вусович изложил нам историю возникновения, развития и деятельность Хлюстинских заведений, управление этими заведениями, финансирование, хозяйственном оборудовании и питании больных, медицинском инвентаре, работу аптеки, амбулатории и о библиотеке. Имеются данные смет по ценам на разные предметы в Калуге в 1837, 1848 гг, списки прихода и расхода медикаментов в аптеке др.

В советский период времени Хлюстинские заведения неоднократно меняли свое название, но оставались главным центром по оказанию медицинской помощи, выполняя основную миссию по спасению жизни людей.

Пришло новое поколение врачей и средних медицинских работников, коренным образом преобразована система здравоохранения. Жители г. Калуги и медицинские работники прошли через сложные 30–40-е годы, оккупацию в период Великой Отечественной войны 1941–1945 гг., послевоенное восстановление, но сохранили Хлюстинскую больницу. К 60-м годам двадцатого столетия стало очевидно, что в имеющихся зданиях Хлюстинская областная больница развиваться не может и руководством Калужской области было принято решение о строительстве новой областной больницы, которое началось в 1962 году в д. Анненки (в 8 км от г. Калуги) под руководством главного врача Нищенского Г.Л. Вскоре Нищенского Г.Л. сменил Галкин Н.И., который с большим энтузиазмом продолжил начатое дело. К 1967 году была закончена строительство первой очереди новой областной больницы. 16 мая 1967 года Исполнительным комитетом Калужского областного совета депутатов трудящихся было принято решение за № 509 «О переводе областной больницы во вновь выстроенные помещения в Анненках». Согласно этого решения был утвержден график перевода отделений, лабораторий и хозяйственных подразделений областной больницы в сроки с 1 по 19 июня 1967 года. Решением Исполнительного комитета Калужского областного Совета депутатов трудящихся № 720 от 13 июля 1967 «О передаче помещений, занимаемых областной больницей» освободившиеся помещения передаются в распоряжение Горисполкома для организации 4-й городской больницы. В настоящее время в зданиях прежней областной Хлюстинской больницы функционирует городская больница № 4 г. Калуги, которая носит имя ее основателя А.С. Хлюстина.

Судьба Ю.А. Вусовича сложилась трагично. Из материалов его уголовного дела № П-6255: 22 февраля 1938 года Ю.А. Вусович был арестован Калужским районным НКВД Тульской области по обвинению в участии в контрреволюционной меньшевистско-эсеровской организации и проведении вредительской, диверсионной деятельности на предприятиях промышленности и здравоохранения (по материалам Главной военной прокуратуры – занимался вредительством, в частности неправильно ставил диагнозы, изготавливал непригодные к употреблению медикаменты и др.). Вусович Ю.А. в судебном заседании виновным себя не признал и от показаний, данных на предварительном следствии, отказался. По приговору военной коллегии Верховного суда Союза ССР от 11 октября 1938 года Вусович Ю.А. на основании ст. 58 п.7,8,9, 11 Ук РСФСР, приговорен к высшей мере наказания – расстрелу. Приговор приведен в исполнение 11 октября 1938 года в г. Туле. По определению военной коллегии Верховного суда СССР от 23 ноября 1955 года приговор военной коллегии Верховного суда Союза ССР от 11 октября 1938 года в отношении Вусовича Ю.А. отменен, дело производством прекращено за отсутствием состава преступления, т.е. он реабилитирован

(посмертно). (Архивная справка № 76\15670 представленная Н.В. Гущиной, Управления ФСБ РФ по Калужской области по материалам архивного уголовного дела № П-6255 на Юрия Александровича Вусовича). Литературное краеведческое наследие врача Ю.А. Вусовича имеет бесценное значение не только для изучения истории медицины Калужского края, но и для изучения истории медицины начала 19 века и 30 – 40 х годов двадцатого столетия всей нашей страны. В настоящее время оно недостаточно изучено и подлежит детальному изучению, а некоторые его книги будут являться предметом интереса книжных издательств.

Литература

1. Вусович Ю.А. «К 125-летию Хлюстинских заведений 1809 – 1934». 1934. Машинопись.
2. Гущина Н.В. Илюхин А.А. Крупицатов В.К. Из истории лечебного дела в калужском крае, Калуга, «Полиграф-Информ», 2009., С.160-164.

ЖИЗНЕННЫЙ ПУТЬ И ТРУДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ Р.Р. ГЕЛЬТЦЕРА (1890–1968)

А. В. Карташев, И.В. Карташев

Ставропольский государственный медицинский университет

WAY OF LIFE AND WORK OF R.R. GELTZER (1890-1968)

A. V. Kartashev, I. V. Kartashev

Stavropol state medical University

Аннотация: в статье уточняются биографические данные и раскрываются малоизвестные факты из жизни известного советского микробиолога профессора Р.Р. Гельтцера, показываются основные его достижения в науке, тематика исследований его учеников.

Ключевые слова: Рудольф Робертович Гельтцер, микробиология, спирохетоз, культивирование спирохеты, бледная трепонема, штамм.

Abstract: The article refines the biographical data and reveals little-known facts from the life of the famous Soviet microbiologist Professor R.R. Geltzer, shows his main achievements in science, the subjects of his students' research.

Key words: Rudolf R. Geltzer, microbiology, spirochetosis, cultivation of spirochaeta, pale treponema, strain.

Гордостью Казанской научной школы микробиологов и Ставропольского государственного медицинского университета по праву считается имя видного советского ученого Рудольфа Робертовича Гельтцера. Оно вошло в Большую медицинскую энциклопедию как создателя питательной среды для

культивирования бледной спирохеты [1]. Изучение спирохетозов во многом способствовало окончательной победе над такими заболеваниями как сифилис и возвратный тиф. Несмотря на такую известность, публикации об этом человеке можно перечесть по пальцам.

В 1965 году 75-летнему юбилею Рудольфа Робертовича Гельтцера была посвящена статья в вузовской газете, автор которой доцент О.П. Крылова, кратко описывая заслуги своего учителя, упоминала о большом оборонном значении одной из работ профессора, выполненной в годы Великой Отечественной войны по вопросу стерилизации кетгута [2].

В некрологе о Рудольфе Робертовиче Гельтцере писалось о его большой общественной деятельности в качестве основателя и бессменного председателя Ставропольского отделения Всесоюзного общества эпидемиологов, микробиологов и инфекционистов им. И.И. Мечникова [3].

В 2008 году в юбилейном издании, выпущенном к 70-летию Ставропольской государственной медицинской академии, упоминалось имя Р.Р. Гельтцера, как ученика В.М. Аристовского, талантливого исследователя, занимавшегося изучением возбудителя сифилиса, проблем спирохетозов, дифтерии, брюшного тифа, дизентерии и сыпного тифа [4, с 114].

В 2013 году в серии «Учимся у учителей: храня благодарную память» в Ставропольском государственном медицинском университете вышла небольшая брошюра об этом удивительном человеке [5]. Однако ее содержание основано на незначительном круге источников, она носит публицистический характер, отдельные факты соответствуют действительности или являются сомнительными, ссылки на источники полностью отсутствуют. Некоторые утверждения являются искажением реальной действительности.

В 2015 году в том же университете вышел биографический сборник, в котором помещена биография профессора Р.Р. Гельтцера. Однако составители этого издания не ставили целью осветить весь его жизненный путь и показать вклад в науку, ограничившись, в основном, боевым прошлым [6]. К сожалению, отдельные ошибки из предыдущей брошюры были повторены и в этом издании.

Информация казанских коллег тоже не отличается точностью. Так, в открытой татарской энциклопедии «Милләтгәшләр» («Соплеменники») о профессоре Р.Р. Гельтцере сообщается, что в период с 1943 по 1948 год он работал в Ижевском медицинском институте (тогда как он там никогда не работал), упущен период работы его по мобилизации органами НКВД (1942-1943) и т.п. [7].

Как видно, назрела объективная необходимость уточнить жизненные вехи и дать подробную оценку деятельности известного советского микробиолога профессора Р.Р. Гельтцера, чему и посвящается данная работа.

Рудольф Робертович Гельтцер (настоящее имя Фридрих-Леопольд-Рудольф) родился 22 июля (с.с.) 1890 года в городе Санкт-Петербурге в семье

гражданина города Нарвы Роберта Романовича (настоящее имя Роберт-Генрих) Гельтцера. Так следует из личного дела профессора Р.Р. Гельтцера¹. Упоминание двух городов стало причиной разночтения места его рождения в литературе. По этому поводу заметим, что быть гражданином города, не означало проживать в нем постоянно, достаточно было иметь в нем свое дело. Таким делом у Роберта Гельтцера был собственный дом, «выстроенный на свои личные трудовые средства в г. Нарве», – по политическим соображениям профессор Гельтцер не указал, что дом был доходный, то есть предназначенный для сдачи в наем жильцам. Это пояснила внучка профессора – М.Д. Гельтцер, проживающая в Нью-Йорке (США). Сам Рудольф Робертович Гельтцер в графе «социальное происхождение» писал: отец был служащим (конторщиком, приказчиком, агентом страхового общества). Как удалось установить, Роберт Романович Гельтцер на 1914 год являлся старшиной Общества граждан большой гильдии (купеческой организации) в городе Нарве, имел собственный дом и телефон [8].

Мать Р.Р. Гельтцера – Паулина Ареидевна Гельтцер (урожденная Петерс) была дочерью моряка – лоцмана, заведующего водной спасательной станцией, занималась домашним хозяйством.

Кроме Рудольфа в семье Гельтцеров была еще дочь, которая умерла в 9-летнем возрасте от дифтерии.

Среднее образование Рудольф получил в Введенской гимназии города Санкт-Петербурга, которую окончил в 1909 году с золотой медалью. В том же году он поступил в Императорскую Военно-медицинскую академию. В то время в ней преподавали такие выдающиеся ученые и врачи как физиолог И.П. Павлов, психоневролог В.М. Бехтерев, хирурги В.А. Оппель, С.П. Федоров, Г.И. Турнер, терапевт Н.Я. Чистович, офтальмолог Л.Г. Беллярминов, отоларинголог Н.П. Симановский, микробиологи, инфекционисты и эпидемиологи – Д.К. Заболотный, Н.К. Розенберг и другие. Академию возглавляли академик Н.А. Вельяминов, а с 1913 года – профессор И.И. Макавеев [9]. Под их началом готовились военные врачи для русской армии времен Первой мировой войны.

Будучи слушателем академии, Р.Р. Гельтцер пользовался правом получения стипендии военного ведомства, за что обязан был прослужить определенный законом срок в военном или морском ведомстве по назначению начальства.

1 июня 1914 года Рудольф Гельтцер был удостоен звания лекаря с отличием. В его дипломе из 28 оценок 18 были весьма удовлетворительными, что соответствовало оценке «отлично», и 10 удовлетворительными – что означало «хорошо»².

1 Архив Ставропольского государственного медицинского университета (далее – СтГМУ). Ф. Р-2431. Оп. 2а. Д. 2154. Л. 3, 5, 6.

2 Архив СтГМУ. Ф. Р-2431. Оп. 2а. Д. 2154. Л. 6.

После окончания академии он был направлен в 92-й пехотный Печорский полк, квартировавший в Санкт-Петербурге, в качестве вольноопределяющегося. Но с началом Первой мировой войны Р.Р. Гельтцер получил назначение в действующую армию на Юго-Западный фронт на должность младшего врача 41-го пехотного Селенгинского полка. С августа 1915 по февраль 1917 года он служил младшим ординатором 173-го полевого запасного военного госпиталя, а с февраля по ноябрь 1917 – помощником главного врача перевязочного отряда 22-й Сибирской стрелковой дивизии. Затем, вплоть до апреля 1918 года исполнял должность главного врача 1-го лазарета 50-й пехотной дивизии. По расформировании лазарета уехал в город Казань.

В июле 1918 года Рудольф Гельтцер добровольно вступает в ряды Красной Армии и работает главным врачом подвижных госпиталей 7-й стрелковой дивизии в Петрограде, Костроме и Шуе. И при новой власти он безупречно несет свою службу: с начала мая 1919 года участвует в походах и боях на Южном, Восточном и Юго-Западном фронтах и на Украине. За успешное формирование лечебных заведений и учреждений получает благодарность от командования дивизии. По окончании военных действий назначается врачом гарнизонной амбулатории в г. Казани. С этой должности и он демобилизуется в августе 1922 года³.

Приезд Рудольфа Робертовича в город Казань predetermined его дальнейшую судьбу. Один из учеников профессора Гельтцера О.Н. Лопаткин рассказал авторам о том, что в Казань Гельтцер попал, будучи больным сыпным тифом. Его привез с собой с фронта профессор В.М. Аристовский. И уже с октября 1921 года под руководством Вячеслава Михайловича Аристовского началась научно-педагогическая деятельность Р.Р. Гельтцера – сначала в должности ассистента кафедры микробиологии медицинского факультета Казанского университета, а с 1925 года (по совместительству) – заведующим диагностическим отделением Казанского микробиологического института. В 1930 году на кафедре микробиологии стал приват-доцентом.

9 ноября 1922 года молодой ученый делает первый научный доклад в обществе врачей при Казанском университете, тема: «О культивировании зубных спирохет». Статья с этим названием выходит в 1923 году в Казанском медицинском журнале. Результатом работы стало обоснование способа получения культуры зубных спирохет [10]. В 1924-1926 гг. выходят совместные работы Гельтцера с доктором Благовещенским и профессором В.М. Аристовским, посвященные созданию новых питательных сред для культивирования спирохет и сравнительной оценке методов культивирования спирохет. Далее в соавторстве с доктором Заболотной, с В.И. Поповым выходят работы о патогенности полученных в Казани культур спирохет Обермайера, об опыте получения сифилитического антигена из культур спирохеты паллида.

3 Архив СтГМУ. Ф. Р-2431. Оп. 2а. Д. 2154. Л. 6.

Позже разработанный впервые в СССР под руководством Р.Р. Гельтцера паллида-антиген был утвержден для серодиагностики сифилиса правительством СССР и использовался в работе серологических лабораторий дерматовенерологических диспансеров.

В 1929 году в отдельном издании «Ученые записки Казанского государственного университета» публикуется основополагающая научная работа доктора Р.Р. Гельтцера «О культивировании бледной спирохеты», которая по всем атрибутам – объему, содержанию и построению – может считаться диссертацией. Этот труд был выполнен под руководством профессора В.М. Аристовского. Работа содержит четыре главы: 1) литературный обзор, 2) смешанные культуры, 3) чистые культуры, 4) иммунобиологические реакции. Как отмечал в заключение работы ее автор, «в результате опытов культивирования бледной спирохеты нам удалось получить положительный результат, т.е. выделить чистую культуру при посевах материала, взятого от больного человека и содержавшего в себе примесь посторонних микроорганизмов». Однако все попытки вырастить культуру бледной спирохеты из материала, стерильно взятого от больного кролика или человека и свободного от посторонних микробов, завершались неудачей [11].

После перевода профессора В.М. Аристовского в Военно-медицинскую академию в 1932 году Рудольф Робертович возглавил кафедру микробиологии в Казанском медицинском институте и одновременно стал научным руководителем (заместителем директора) Казанского института эпидемиологии и микробиологии (до 1937 года). С того же 1932 года по совместительству заведовал кафедрой бактериологии в Казанском государственном институте усовершенствования врачей и кафедрой микробиологии в Казанском стоматологическом институте (с 1937 года).

Круг научных интересов Р.Р. Гельтцера – руководителя расширился, о чем свидетельствуют его работы: «Опыты культивирования сыпнотифозного вируса» (1935), «Этиология и бактериологическая диагностика инфекционной желтухи» (1939).

Вместе с тем, Гельтцер со своими учениками Н.С. Фазлуллин, С.М. Вяселевой, Ю.Т. Кузьминой продолжал заниматься проблемой культивирования бледной спирохеты. В 1940 году З.Х. Каримовой и Г.Г. Кондратьевым выделен штамм *Treponemapallidum* № V.

В 1935 году постановлением высшей квалификационной комиссии Наркомздрава РСФСР от 27 мая 1935 года Р.Р. Гельтцер убыли присуждены ученое звание профессора и ученая степень доктора медицинских наук.

В 1936 и 1937 годах он избирался председателем Казанского филиала Всероссийского общества микробиологов и эпидемиологов.

Как видно, профессор Гельтцер был хорошим педагогом и опытным микробиологом, что отражалось и в его личном деле. Однако в характери-

стике на профессора Р.Р. Гельтцера, подписанной директором Казанского медицинского института 31 декабря 1937 года, значилось: «Кафедра была засорена врагами народа (2 ассистента). Политически не внушает доверия. Подлежит замене»⁴. Несмотря на такую оценку руководства, в тот момент Гельтцеру удалось остаться на должности.

С началом Великой Отечественной войны тематика научных исследований Р.Р. Гельтцера претерпевает изменение, она явно носит оборонный характер: «Опыты стерилизации ампульного кетгута», «Сравнительная оценка бактерицидных свойств йода и бриллиантовой зелени», «Сравнительная оценка бактерицидных свойств йода, хлорамина и хлорацита» и др.

С августа 1941 года Р.Р. Гельтцер состоит консультантом военного инфекционного госпиталя, а в ноябре 1941 года избирается членом Ученого медицинского совета при Наркомздраве СССР.

В Казани защищают кандидатские диссертации первые ученики Рудольфа Робертовича: Л.С. Персиянинов (1937), З.Х. Каримова (1937), Н.С. Фазлуллин (1939), С.М. Вяслева (1943) и Е.К. Наумова (1943).

Один из первых учеников Гельтцера – Леонид Семенович Персиянинов (1908-1978) – советский акушер-гинеколог, Герой Социалистического Труда, лауреат Государственной премии СССР, заслуженный деятель науки БССР, академик АМН СССР, доктор медицинских наук, профессор. Последнее место работы – директор Всесоюзного НИИ акушерства и гинекологии Минздрава СССР, одновременно заведующий кафедрой акушерства и гинекологии 1-го Московского медицинского института [12].

Зайнаб Хабибулловна Каримова стала впоследствии доктором медицинских наук и профессором (1968), руководила кафедрой микробиологии в Казанском медицинском институте с 1945 по 1947 и с 1956 по 1974 годы. Екатерина Кирилловна Наумова – доцент, кандидат наук – заведовала той же кафедрой с 1953 по 1956 год [13].

В июле 1942 года в судьбе Рудольфа Робертовича происходит крутой поворот. Враг подходил к Волге. Согласно Указу Президиума Верховного Совета СССР лица немецкой национальности, проживавшие в Поволжье, были обязаны покинуть прифронтовую полосу. Профессор Гельтцер был мобилизован органами НКВД на железнодорожное строительство в город Буинск (Татарская АССР), где работал в качестве заведующего лабораторией Центрального лазарета. Здесь, в лагере его постигает известие о гибели на фронте старшей дочери Ольги (1918-1942) – военного врача. Здоровье профессора ухудшилось, стало болеть сердце. В связи с этим он был демобилизован и направлен в город Казань.

Однако за время его отсутствия должность заведующего кафедрой микробиологии в медицинском институте была замещена профессором

4 Архив СтГМУ. Ф. Р-2431. Оп. 2а. Д. 2154. Л. 76.

П.Н. Кашкиным из Ленинградского фармацевтического института. Поэтому руководство вуза и Наркомздрава РСФСР посчитало невозможным возвращение профессора Гельтцера на прежнюю работу⁵.

С сентября 1943 по ноябрь 1944 года он работает старшим научным сотрудником лаборатории капиллярной микроскопии АН СССР. Одновременно ему предлагается на выбор место заведующего кафедрой микробиологии Ижевского и Ставропольского медицинских институтов. Выбор пал на Ставрополь. Здесь ему также была предложена должность заместителя директора Ставропольского института эпидемиологии и микробиологии, которую он исполнял по совместительству до 1948 года.

В декабре 1944 года профессор с супругой Ольгой Васильевной Гельтцер переезжают в Ставрополь. Ольга Васильевна Гельтцер (урожденная Болховских) была верной спутницей Рудольфа Робертовича. Судьба свела их в годы Первой мировой войны в военном госпитале, где она работала сестрой милосердия. Окончив биологический факультет Казанского университета, она работала в Казанском государственном институте усовершенствования врачей ассистентом кафедры бактериологии. После переезда в Ставрополь стала домохозяйкой, отдавая все силы дому, помогала мужу в его работе.

Вслед за родителями в апреле 1945 года из Казанского медицинского института переводится их вторая дочь – Тамара. Она окончит Ставропольский медицинский институт спустя два года и тоже станет врачом, но дело Рудольфа Робертовича в семье продолжит внучка – М.Д. Гельтцер, работающая в Нью-Йорке микробиологом.

В Ставрополе, семью Гельтцер постигает еще одно трагическое известие о гибели младшего из детей – сына Георгия (1925-1945). Едва начав учебу в Казанском медицинском институте, в марте 1944 года он был призван в армию и воевал командиром орудия танка Т-34. Он погиб в Венгрии в апреле 1945 года, когда до победы оставались считанные дни.

После очередного удара судьбы Рудольф Робертович с головой уходит в работу на кафедре: учебный процесс и научные опыты по культивированию бледной спирохеты. К этой работе подключается первая аспирантка кафедры Л.И. Тутова. Под руководством Р.Р. Гельтцера Л.И. Тутова выделяет из крови больных вторичным сифилисом штаммы бледной трепонемы № VI, VII, VIII и IX.

В 1946-1947 году выходят в свет его первые ставропольские работы: «О цикле развития спирохет», «Выращивание бледной спирохеты и значение этих культур», «Активная иммунизация от Дженнера до наших дней», «Бактериологическая лаборатория в деятельности участкового врача», «Лептоспирозы (в помощь участковому врачу)». Многие из этих работ имели не только теоретическое, но и практическое значение в работе врачей широкого профиля.

5 Архив СтГМУ. Ф. Р-2431. Оп. 2а. Д. 2154. Л. 5,73, 130.

На научной конференции Ставропольского государственного медицинского института в 1947 году звучат два доклада, посвященных проблемам лечения сифилиса. Один из них подготовлен по результатам совместных исследований кафедр микробиологии и кожно-венерических болезней. Ученые Ставропольского медицинского института исследовали серологические свойства культур бледной спирохеты различных штаммов, полученных в Казани и в Ставрополе [14, 15].

К научным исследованиям привлечена ассистент кафедры Ольга Павловна Крылова, которая со временем становится одной из лучших учениц профессора Гельтцера. Изучение выделенных на кафедре штаммов культуральных бледных трепонем VI, VII, VIII, IX (Ставрополь) легло в основу ее кандидатской диссертации [4, 115].

Одновременно Р.Р. Гельтцер руководит исследованиями еще двух учениц – З.С. Лепперт и Л.В. Хаджиновой (Зебницкой), с которыми он исследует биологические особенности и антигенные свойства культур бледных спирохет ставропольских и казанских штаммов.

В 1949 году защищается первая из ставропольских учениц Гельтцера – О.И. Золотоусова. Защита происходит в Новочеркасском ветеринарном институте. Тема не характерна для исследований в области спирохетозов – «Об антирабической вакцине из мозга барана». Кандидатская диссертация защищалась по биологическим наукам. Следом прошла защита А.И. Золотоусовой с темой «О теплоустойчивой оспенной вакцине». Обе диссертантки были сотрудницами Ставропольского института эпидемиологии и микробиологии.

С 1949 года научные исследования профессора Гельтцера посвящены вопросу культивирования спирохет кавказского клещевого возвратного тифа. Значительная доля статей написана им в соавторстве с О.П. Крыловой. Практические выводы и рекомендации Р.Р. Гельтцер излагает в пособии для участкового врача (Клещевой возвратный тиф. 1954).

В 1954 и 1955 годах защищаются О.П. Крылова («О культивировании зубных трепонем») и З.С. Петрова («О выращивании культуральной бледной трепонемы на поверхности плотных питательных сред»). Обе защиты проходят в Минском медицинском институте⁶.

В 1956 году завершила и представила к защите диссертацию на соискание ученой степени кандидата наук Людмила Васильевна Хаджинова (Зебницкая) [16]. Разработанной ей классификацией выделенных штаммов сифилитических трепонем по антигенным свойствам пользуются специалисты в настоящее время. На протяжении 33 лет она работала на кафедре сначала на должности ассистента, затем – доцента. Работая над докторской диссертацией, она разработала реакцию алгмотизации трепонем [4, с. 115].

6 Архив СтГМУ. Ф. Р-2431. Оп. 2а. Д. 2154. Л. 101.

В том же 1956 году под руководством профессора Гельтцера по теме «Значение зерен-гранул культуральной бледной трепонемы для развития этой трепонемы» защитила кандидатскую диссертацию аспирантка кафедры Валентина Николаевна Беднова [17]. Впоследствии она работала ведущим специалистом микробиологии в Центральном научно-исследовательском кожно-венерологическом институте (г. Москва), в 1969 году защитила докторскую диссертацию «Серологическая диагностика сифилиса методом иммунофлюорисценции» и всю свою научную деятельность посвятила изучению возбудителей заболеваний, передаваемых половым путем и внедрению полученных результатов в практику здравоохранения, совершенствованию бактериологических и серологических тестов. Под ее руководством выполнили и защитили докторские и кандидатские диссертации 40 врачей и биологов. В.Н. Беднова автор около 300 научных работ, ею написаны разделы в ряде руководств, получено 7 авторских свидетельств на изобретения. Имеет правительственные награды.

В 1961 году защитила кандидатскую диссертацию на тему «Об антигене из культуральных бледных трепонем, выращенных на поверхности плотных питательных сред, для серодиагноза сифилиса» старший лаборант кафедры Нина Федоровна Калашникова. В 1967 году она была избрана доцентом кафедры, работала над докторской диссертацией, разработав РПГА для серодиагностики сифилиса.

В середине 60-х годов состояние здоровья Рудольфа Робертовича стало заметно ухудшаться. 1 сентября 1965 года профессор Р.Р. Гельтцер был освобожден от должности заведующего кафедрой по собственному желанию. Передав управление кафедрой своей ученице доценту О.П. Крыловой, он продолжал оставаться на кафедре в роли профессора-консультанта до последних дней своей жизни [18]⁷.

В это время он руководил исследованиями своих учеников совместно с Ольгой Павловной. В 1965 году она защитила докторскую диссертацию на тему: «Об антигенных свойствах различных химических фракций культуральных бледных трепонем», в 1969 году ей была присуждена ученая степень доктора медицинских наук, в том же году присвоено звание профессора. В 1971 году награждена орденом Трудового Красного Знамени⁸.

Под их совместным руководством в 1967 году аспирант кафедры О.Н. Лопаткин первым на кафедре защищает диссертацию в только что открытом совете Ставропольского медицинского института. Тема его исследования – «О применении реакции иммунофлуоресценции с антигеном из культуральных бледных трепонем для серодиагноза сифилиса». Отработав на кафедре 3 года в качестве ассистента, Олег Николаевич перешел на рабо-

7 Архив СтГМУ. Ф. Р-2431. Оп. 2а. Д. 2154. Л. 104, 125, 131, 142.

8 Архив СтГМУ. Ф. Р-2431. Оп. 2а. Д. Л. 36, 40, 41, 128.

ту в Ставропольский научно-исследовательский противочумный институт, где работал до начала 1990-х годов.

В 1968 году защитила работу «О применении озвученного антигена из культуральных бледных трепонем, выращенных на новой питательной среде» Тамара Борисовна Абгарян [18], работавшая на кафедре с 1960 по 1995 год.

В том же году диссертацию по теме «Об антигенных свойствах протеинополисахаридного комплекса культуральных бледных трепонем» защитил Станислав Александрович Угримов [19].

Всего при жизни профессора Гельтцера под его руководством было подготовлено и защищено 15 кандидатских и одна докторская диссертация.

После его смерти, в 1969 году защитилась старший лаборант О.А. Веревкина [20]. В 1983 году она была избрана доцентом, а с 1994 по 1999 год заведовала кафедрой. Все годы работы на кафедре Ольга Александровна была высококвалифицированным педагогом, активно занималась учебно-методической работой, вела исследовательскую работу, руководила студенческим научным кружком.

Рудольф Робертович Гельтцер ушел из жизни 24 сентября 1968 года. Он был похоронен на Даниловском кладбище города Ставрополя.

За 53 года профессиональной деятельности Р.Р. Гельтцер десять лет руководил кафедрой Казанского медицинского института и без малого четверть века он отдал Ставропольскому медицинскому институту, где с декабря 1944 по 1965 год заведовал кафедрой микробиологии.

За годы своей научно-педагогической деятельности профессором Р.Р. Гельтцером были подготовлены тысячи врачей.

Им было написано около 90 научных работ, основная масса которых была посвящена спирохетозам. Большое санитарно-оборонное значение имело исследование, выполненное им в годы Великой Отечественной войны, посвященное стерилизации кетгута. Под его руководством было написано и защищено 16 кандидатских и одна докторская диссертация.

Наряду с научно-педагогической деятельностью, он вел большую общественную работу. В течение 8 лет он возглавлял казанское отделение общества микробиологов. В Ставрополе он стал основателем и бессменным председателем Ставропольского отделения Всесоюзного общества эпидемиологов, микробиологов и инфекционистов имени И.И. Мечникова до конца своих дней.

Рудольф Робертович отличался высокой эрудицией, исключительной скромностью, щедростью и большим трудолюбием, он отдавал любимому делу все свои знания и опыт. Человечность, чуткость к людям, успешная научная и общественная деятельность снискали ему глубокое уважение коллег и учеников.

За свой значительный вклад в медицинскую микробиологию и подготовку медицинских кадров профессор Гельтцер не раз награждался денежными премиями и грамотами. В 1935 году был награжден серебряной монограммой, а в 1955 году стал отличником здравоохранения.

Жизнь профессора Р.Р. Гельтцера – русского немца (как он писал в анкетах) была полна нелегких испытаний, но в то же время – отмечена яркими открытиями в науке и востребованностью в лице своих учеников. Основной его заслугой в области микробиологии является широкое изучение им и его последователями проблемы спирохетозов, что стало научной основой для диагностики и лечения сифилиса, возвратного тифа и ряда других инфекционных заболеваний. Наиболее широкую известность приобрели такие ученики Р.Р. Гельтцера как Л.С. Персиянинов, З.Х. Каримова, Е.К. Намумова, В.Н. Беднова, О.П. Крылова. Четверо из них стали профессорами, а Л.С. Персиянинов – академиком АМН СССР.

Литература

1. Овчинников Н. Сифилис. Этиология // БМЭ. 2-е изд. М., 1963. Т. 30. С. 333-334.
2. Крылова О. Яркая жизнь // За медицинские кадры (Ставрополь). 1965. 10 декабря.
3. Некролог Р.Р. Гельтцер. Ставропольская правда. 1968. 27 сентября.
4. Ставропольская государственная медицинская академия. (Итоги пройденного пути и перспективы развития 1938-2008 гг.) / под ред. Б.Д. Минаева. Ставрополь: ООО «Искра», 2008. С. 396.
5. Рудольф Робертович Гельтцер / И.А. Базиков, В.А. Шатохин; под общ. ред. В.Н. Муравьевой. Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2013. 12 с.
6. Рудольф Робертович Гельтцер // Ставропольский медицинский: дорогами войны: биографический справочник / сост.: А. В. Карташев, А.К. Курьянов, С.М. Дугинец, Р.С. Спелвак, К.В. Теплякова, О.А. Гейко; под ред. д.и.н. А.В. Карташева. Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2015. С. 57.
7. Рудольф Робертович Гельтцер // «Миллэттэшлар» URL: http://www.millattashlar.ru/index.php/Рудольф_Робертович_Гельтцер.
8. Памятная книжка Санкт-Петербургской губернии на 1914-1915 гг. СПб.: изд. С.-Петербургского статистического комитета, 1914. С. 442.
9. Георгиевский А.С. Военно-медицинская академия // БМЭ. 3-е изд. М., 1976. Т. 4. С. 360-361.
10. Гельтцер Р.Р. О культивировании зубных спирохет // Казанский медицинский журнал. 1923. № 1. С. 12-21.
11. Гельтцер Р.Р. О культивировании бледной спирохеты // Ученые записки Казанского государственного университета имени В.И. Ульянова-Ленина. Казань: гос. ун-т, 1929. 112 с.
12. Савельева Г.М. Персиянинов Леонид Семенович – советский акушер-гинеколог // БМЭ. 3-е изд. М., 1982. Т. 19. С. 114.
13. Казанский государственный медицинский университет. Кафедра микробиологии. История кафедры. URL: <http://kgmumicrobio.wixsite.com/kafedra>
14. Гельтцер Р.Р., Заславский А.В., Тутова Л.И. Динамика агглютининов при сифилисе в зависимости от периода заболевания и лечения // Тезисы докладов на научной сессии 24-26 мая 1947 года. – Ставрополь: СГМИ, 1947. – С. 47.

15. Гельтцер Р.Р., Тутова Л.И. Серологические свойства различных штаммов культур бледной спирохеты в опытах с сыворотками крови больных сифилисом // Тезисы докладов на научной сессии 24-26 мая 1947 года. – Ставрополь: СГМИ, 1947. – С. 48.

16. Зибницкая Л.В. Антигенные свойства различных штаммов чистых культур бледной трепонемы по реакции связывания комплемента с иммунными сыворотками и сыворотками крови больных сифилисом. Дисс. ... канд. мед. наук. Ставрополь: СГМИ, 1956.

17. Беднова В.Н. Значение зерен-гранул культуральной бледной трепонемы для развития этой трепонемы. Дисс. ... канд. мед. наук. Ставрополь: СГМИ, 1956.

18. Абгарян Т.Б. О применении озвученного антигена из культуральных бледных трепонем, выращенных на новой питательной среде. Дисс. ... канд. мед. наук. Ставрополь: СГМИ, 1968.

19. Угримов С.А. Об антигенных свойствах протеинополисахаридного комплекса культуральных бледных трепонем. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Ставрополь: СГМИ, 1968. 24 с.

20. Веревкина О.А. Об антигене из атипичных форм культуральных бледных трепонем. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Ставрополь: СГМИ, 1968. 18 с.

21. 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.

ИЗ ИСТОРИИ РЯЗАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМ. АКАД. И.П. ПАВЛОВА: МЕДИЦИНСКИЕ ДИНАСТИИ

Н.А. Козеевская

*Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова*

HISTORY OF I.P. PAVLOV RYAZAN STATE MEDICAL UNIVERSITY IN PERSONS: MEDICAL DYNASTIES

N.A. Kozeevskaya

I.P. Pavlov Ryazan State Medical University

Аннотация: статья посвящена истории РязГМУ им. акад. И.П. Павлова и медицинским династиям вуза.

Ключевые слова: история, медицинские династии.

Abstract: the article is devoted to the history of the I.P. Pavlov RyazGMU and medical dynasties of the university.

Key words: history, medical dynasties.

Существует традиция считать профессию врача искусством. И очень часто она передается по наследству, а выбор происходит сам собой.

В современном мире «династией» принято назвать людей, выходящих из одной семьи, которые продолжают дела своих родителей, идут по их стопам в профессии. То есть, под словом «династия» подразумевают выражение «трудо-вая династия».

В силу специфики медицинской деятельности, профессиональная преемственность посредством династий в системе здравоохранения очень распространена. Медицинские династии представляют собой особую форму организации потомственных медиков – работников здравоохранения и соответствуют определенным условиям: наличие медицинского образования и осуществление профессиональной деятельности в лечебных учреждениях, принадлежность к разным поколениям общего семейного рода, осуществление профессиональной преемственности.

В условиях модернизации здравоохранения значение медицинских династий возрастает многократно, так как кадровый потенциал является одним из условий, влияющих на эффективность функционирования лечебно-профилактических учреждений. Число потомственных медиков в кадровой структуре современной системы здравоохранения представляется социально значимым – около 50%.

Одной из важнейших проблем российской медицины является нехватка квалифицированных кадров. В подобных условиях возрастает роль популяризации профессиональной преемственности. Представители медицинских династий, сохраняющие верность профессии на протяжении нескольких поколений, являются основой медицины и здравоохранения.

Процесс профессиональной династийности представляет собой практику передачи трудовых навыков, ценностных ориентаций и норм профессионального поведения посредством родственной связи через разные поколения медицинских работников. Накопление ценностей и норм профессионального поведения, опыта и знания своих родных, процесс преемственности поколений делает его уникальным и отличным от внединастийного освоения медицинской профессии. Студенты, относящиеся к медицинским династиям, лучше овладевают профессиональными навыками, более удовлетворены процессом обучения, поскольку выбрали медицинскую профессию самостоятельно и осознанно.

Основными характеристиками потомственных медиков, являются такие, как отлаженность механизмов адаптации к медицинской деятельности и изменяющимся условиям её осуществления; выработка эффективных поведенческих установок; накопленный опыт; эмоциональная приверженность к профессии.

Преемственность профессиональных знаний и опыта является залогом развития здравоохранения. На современном этапе это содействует формированию инновационного здравоохранения, так как внедрение инновационных процессов предполагает опору на традиции.

Возрождающийся интерес отечественных учёных к осмыслению роли династий свидетельствует о том, что изучение этой темы обладает большим потенциалом для понимания социальной структуры современного российского общества. Значение профессиональной преемственности для современного российского здравоохранения огромно, оно является механизмом формирования адаптационной стратегии медиков к трудовой деятельности, механизмом, ускоряющим процесс овладения профессиональными знаниями и мануальными навыками, выступает кадровым ресурсом здравоохранения.

Работа по изучению истории Рязанского медицинского института им. акад. И.П. Павлова (РМИ, с 1993 г. – РязГМУ), издание сборника материалов по истории вуза и кафедр, включающего биографические данные об ученых нашего вуза «60 лет на Рязанской земле» (Козеевская Н.А., 2010), составление «КНИГИ Памяти РязГМУ им. акад. И.П. Павлова» (Козеевская Н.А., 2015) и биобиблиографических указателей к юбилейным датам сотрудников, последовательно привела к выявлению медицинских династий, внесших большой вклад в становление и развитие Рязанского медицинского университета им. акад. И.П. Павлова. Наш вуз богат славными медицинскими династиями – это династии Никулиных, Узбековых, Сутуловых, Низовых, Сауткиных, Чекуриных и др.

В 2013 г. начат новый проект по выявлению медицинских династий вуза и выпуск изданий из серии «Династия». Всего издано 5 выпусков. Каждый из выпусков серии представляет собой отдельное издание и включает подробную родословную семьи, страницы биографии персон генеалогического древа, воспоминания, библиографический указатель трудов ученого, фото разных лет.

К 90-летию профессора А.А. Никулина, ректора РМИ в 1961–1983 гг., заведовавшего кафедрой фармакологии с 1959 по 1990 гг. и проведению Вторых Никулинских чтений было подготовлено издание «Династия. Вып. 1. Никулины» (Козеевская Н.А., 2013).

«Династия. Вып. 2. Узбековы» (Козеевская Н.А., 2014). В семье Узбековых 3 профессора – отец, дочь и сын. Гали Арсланович Узбеков – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой биохимии Рязанского мед. ин-та им. акад. И.П. Павлова с 1952 по 1974 гг. Динара Галиевна Узбекова – доктор медицинских наук, профессор, с 2008 по 2010 гг. возглавляла кафедру клинической фармакологии с курсом фармакотерапии, где преподает и поныне. Профессиональная деятельность Д.Г. Узбековой предопределила ее интерес к личности выдающегося уроженца Рязани, фармаколога, академика Николая Павловича Кравкова и истории его семьи. Ее брат, Марат Галиевич Узбеков – доктор медицинских наук, профессор, биохимик.

«Династия. Вып. 3. Чекурины» посвящена 120-летию со дня рождения Василия Петровича Чекурина и 100-летию начала Первой Мировой войны (Козеевская Н.А., 2014). Василий Петрович Чекурин – доктора медицинских

наук, первый заведующий кафедрой оториноларингологии Рязанского медицинского института им. акад. И.П. Павлова (1951–1956), участник Первой Мировой войны, Георгиевский кавалер.

Четыре поколения врачей семьи Петровых – Чекуриных проработали в медицине 250 лет, а вместе с их близкими родственниками – в общей сложности более 400 лет.

«Династия. Вып. 4. Сауткины» посвящена 70-летию Победы в Великой Отечественной войне (Козеевская Н.А., 2015). Михаил Федорович Сауткин, доктор медицинских наук, профессор, с 1976 – 1985 гг. – заведующий кафедрой физического воспитания, лечебного контроля и лечебной физкультуры, тыловик. Указом Президента РФ от 5 декабря 2014 г. он награжден медалью ордена «За заслуги перед Отечеством 2-й степени». Три дочери ученого стали врачами, а всего в роду Сауткиных 19 человек стали медицинскими работниками.

Личные воспоминания фронтового врача А.М. Ногаллера, с которым я знакома вот уже 40 лет, были записаны и обработаны мною для выпуска издания «Династия. Вып. 5. Ногаллер» к 95-летию со дня его рождения и 70-летию Победы в Великой Отечественной войне (Козеевская Н.А., 2015). Ногаллер Александр Михайлович – доктор медицинских наук, профессор, академик Нью-Йоркской академии наук и Международной академии информатизации, терапевт, гастроэнтеролог. С 1967 по 1993 гг. – заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней Рязанского медицинского института им. акад. И.П. Павлова, с 1993–1996 гг. – профессор кафедры. В настоящее время проживает в Мюнхене (Германия).

Сейчас готовится издание «Династия. Вып. 6. Сутуловы», посвященное 110-летию со дня рождения Л.С. Сутулова (1906–1981), ректора РМИ в 1953–1961 гг. и заведующего кафедрой биологии и гистологии с 1951 по 1976 гг.

Все издания в печатном виде находятся в фонде научной библиотеки РязГМУ и размещены в открытом доступе на официальном сайте РязГМУ им. акад. И.П. Павлова.

Краеведческая работа является одним из главных направлений деятельности справочно-библиографического отдела научной библиотеки Рязанского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова. Целью ее является расширение знаний об истории университета на примере жизни и деятельности династий медиков и оценка их практического и научного вклада в российскую медицинскую науку, как достойный пример для формирования личности врача и ученого.

Литература

1. 60 лет на Рязанской земле (1950-2010): материалы по истории Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова / сост.: Н.А. Козеевская; под ред. д. м. н., проф. Д.Р. Ракиты, д. м. н., проф. В.А. Кирюшина. Рязань: РязГМУ, 2010. 321с.

2. ДИНАСТИЯ. Вып. 1: Никулины: (К 90-летию со дня рождения А.А. Никулина): сборник документов, воспоминаний и фотографий / сост.: Н.А. Козеевская; под ред. д.м.н. проф. Р.Е. Калинина, д.м.н., проф. В.А. Кирюшина; Ряз. гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова; науч. б-ка. Рязань, 2013. 110 с.

3. ДИНАСТИЯ. Вып. 2: Узбековы: сборник документов, воспоминаний и фотографий / сост.: Н.А. Козеевская; под ред. д.м.н. проф. Р.Е. Калинина, д.м.н., проф. В.А. Кирюшина; Ряз. гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова; науч. б-ка. Рязань, 2014. 144 с.

4. ДИНАСТИЯ. Вып. 3: Чекурины: К 120-летию со дня рождения проф. В.П. Чекурина и 100-летию начала Первой мировой войны: сборник документов, воспоминаний и фотографий / сост.: Н.А. Козеевская; под ред. д.м.н. проф. Р.Е. Калинина, д.м.н., проф. В.А. Кирюшина; Ряз. гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова; науч. б-ка. Рязань, 2014. 134 с.

5. ДИНАСТИЯ. Вып. 4: Сауткины: К 70-летию Победы в Великой Отечественной войне: сборник документов, воспоминаний и фотографий / сост.: Н.А. Козеевская; под ред. д.м.н. проф. Р.Е. Калинина, д.м.н., проф. В.А. Кирюшина; Ряз. гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова; науч. б-ка. Рязань, 2015. 108 с.

6. ДИНАСТИЯ. Вып. 5: Ногаллер: К 70-летию Победы в Великой Отечественной войне: сборник документов, воспоминаний и фотографий / сост.: Н.А. Козеевская; под ред. д.м.н. проф. Р.Е. Калинина, д.м.н., проф. В.А. Кирюшина; Ряз. гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова; науч. б-ка. Рязань, 2015. 302 с.

7. Книга Памяти РязГМУ им. акад. И.П. Павлова / сост.: Н.А. Козеевская; под общ. ред. д.м.н. проф. Р.Е. Калинина, д.м.н., проф. В.А. Кирюшина. Рязань: РИО РязГМУ, 2015. 337 с.

РЕФОРМАТОР ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В МОСКВЕ – ВИКТОР РОМАНОВИЧ БУЦКЕ

М.В. Кокорина

*ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ»,
Российский музей медицины ФГБНУ «Национальный НИИ общественного
здоровья имени Н.А. Семашко»*

А.Я. Басова

*ГБУЗ НППЦ «Научно-практический центр психического здоровья
детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», ФГБОУ ВО РНИМУ
им. Н.И. Пирогова Минздрава России*

А.Л. Шмилович

Г.П. Костюк

ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева»

THE GREAT REFORMER OF INSTITUTIONAL PSYCHIATRY IN MOSCOW – VICTOR R. BUCKE

M.V. Kokorina

*Psychiatric Hospital №1 n.a. N.A. Alekseev MD of Health Care;
The Russian Museum of Medicine FSSBI «N.A. Semashko
National Research Institute of Public Health»*

A.Y. Basova

*Scientific-practical Children`s and Adolescents
Mental Health Center n.a. G. Sukhareva MD of Health Care;
Pirogov Russian National Research Medical University*

A.L. Shmilovich

G.P. Kostyuk

Psychiatric Hospital №1 n.a. N.A. Alekseev MD of Health Care

Аннотация: статья посвящена выдающемуся врачу и организатору психиатрической помощи в Москве на рубеже 19-20 веков Виктору Романовичу Буцке (1845-1904).

Ключевые слова: история психиатрии, организация психиатрической помощи, Преображенская больница, Алексеевская больница.

Abstract: this article is dedicated to the outstanding physician and organizer of psychiatric care in Moscow at the turn of 19-20 centuries Viktor R. Bucke (1845-1904).

Keywords: history of psychiatry, organization of psychiatric care, mental health care, Preobragenskaya hospital, Alekseevskaya hospital.

Девятнадцатый век стал переломным периодом в европейской психиатрии. Изоляция и стеснение постепенно заменялись занятиями трудом, моральным развитием и воспитанием пациентов. Душевнобольные все более начинали расцениваться не как опасные безумцы, а как неразумные дети, требующие правильного присмотра и занятий. Введение обязательного распорядка дня, необходимость сосредоточиться, чтобы достигнуть нужного результата отвлекали больного от губительной для него свободы ума и вовлекали в зону ответственности: «Предпочтение, с точки зрения как физической, так и моральной, должно быть отдано регулярному труду... он более всего приятен для больного и сильнее всего противодействует иллюзиям, вызванным болезнью» (Samuel Tuke).

Положение больных медленно, но неуклонно улучшалось и в единственной тогда в Москве психиатрической больнице – Преображенской. Еще до 30-х годов XIX века в Московском долгаузе (в больницу он был переименован только в 1838 г.) пациентов приковывали цепями и железными обручами. Однако постепенно обручи сменялись кожаными ремнями, а цепи – «запирательными шкафами» и «успокоительными креслами», в обиход входили фармацевтические средства и ванны, а с 1868 г. – «горячечные рубашки» с привязыванием больных к постели. Но для коренного изменения ситуации требовалось появление особого человека. Именно таким «русским Пинелем» стал Виктор Романович Буцке, приход которого в Преображенскую больницу оказал на историю психиатрии в России не меньшее влияние, чем

появление Филиппа Пинеля на психиатрию во Франции. По словам современников: «И количество и качество реформ, произведенных им в целях улучшения участи душевнобольных в этой больнице, выделяет его работу не только при сравнении с работой каждого из его предшественников, но она выделяется также и на фоне всех этих работ, вместе взятых» (Н.П. Постовский 1905). К сожалению, в отличие от Филиппа Пинеля, имя В.Р. Буцке в отечественной истории медицины почти забыто.

Виктор Романович Буцке родился 10 февраля 1845 г. третьим ребенком в семье врача в слободе Ольховатке Воронежской губернии Острогожского уезда. Отец В.Р. Буцке, выходец из города Ревеля, был замечательным, преданным своему делу врачом, и окружающие говорили о нем: «такого доктора не было и не будет». По воспоминаниям сестры Виктора Романовича отец был человеком высоконравственным, крайне религиозным (лютеранин) и патриархальным. Он строго следил за религиозным воспитанием детей и учил словом и своим примером, что на жизнь надо смотреть серьезно, быть полезными друг другу и честно зарабатывать на хлеб (Н.П. Постовский 1905). Возможно, именно эти особенности воспитания и сформировали личность Виктора Романовича. По отзывам младшего брата, Виктор всегда был «серьезный, задумчивый, прямой, добрый, чистосердечный, высокочестный». Уже став врачом, приезжая на каникулы домой, он вместе с отцом посещал больных крестьян, много помогал семье и в дальнейшем. В далеком будущем традиции семейного трудового воспитания легли в основу его интереса к трудовой терапии, как одному из основных методов помощи душевнобольным.

Мать Виктора Романовича умерла, когда ему было 11 лет. Детей в семье тогда уже было шестеро. Отец поместил Виктора в семью помещицы Грузинской, с которой был дружен. Впоследствии Виктор Романович с большим удовольствием вспоминал этот период, рассказывая, каким шалуном и проказником он был. В 13 лет отец отправил Виктора к дяде провизору в Москву. Дядюшка имел собственную аптеку на Полянке. Сначала Буцке обучался в школе Петра и Павла, а потом его перевели в пансион Циммермана. В пансионе один из друзей его обращал на себя внимание некоторыми странностями поведения и впоследствии заболел психическим расстройством. Возможно, эта встреча тоже повлияла в дальнейшем на выбор жизненного пути В.Р. Буцке (Е. Некрасова 1904).

В 1864 г. В.Р. Буцке поступил на медицинский факультет Московского университета, который закончил в 1869 г. О его интересе к психиатрии в студенческие годы ничего не известно. Преподавание психиатрии было введено на русских медицинских факультетах еще в 1835 г. В «Обзрении преподавания в Московском университете» за 1837 г. на V курсе указано «Душевные болезни – 1 час в неделю», практического курса не предусматривалось. За-

нятия вел профессор Христиан Григорьевич Бунге. Герцен, который посетил его лекцию, писал о нем в «Докторе Крупове»: «Психиатрия, – говорил лектор, – бесспорно, самая трудная часть врачебной науки, самая необъяснимая, но зато нравственное ее влияние самое благотворное». Его сменил Н.С. Топоров, полагавший одним из основных способов профилактики и лечения душевных болезней моральное и религиозное воспитание.

Сразу по окончании университета Буцке начал готовиться к экзамену на доктора медицины, но ему поступило чрезвычайно интересное предложение. Виктор Романович свободно владел иностранными языками, и ему поручили опеку над душевнобольным во время двухлетнего пребывания пациента за границей. Так, В.Р. Буцке оказался в Бонне, где посещал лекции в университете, работал в патологоанатомическом институте и частной психиатрической лечебнице. По возвращении в Москву (1871 г.) Виктор Романович поступил сверхштатным ординатором в Преображенскую больницу и одновременно работал в частных лечебницах.

Развитие психиатрии в Москве, как и во всей России, находилось, по словам С.С. Корсакова, в зачаточном состоянии. Строительство психиатрических больниц в России началось во второй половине XVIII века, после указов Петра III и Екатерины II. До этого большинство больных размещалось в монастырях, которые могли обеспечить их изоляцию от общества, но, естественно, не предусматривали никакого лечения. В 1775 г. было издано «Уложение о губерниях», в котором говорилось и о призрении больных, неработоспособных и стариков. Были учреждены Приказы общественного призрения и при них богоугодные заведения для заведывания больничным и богаделенным делом, к которым относились и «дома умалишенных». В Москве в 1776 г. при Екатерининской больнице создали психиатрическое отделение на 26 кроватей. В первые 25 лет существования Приказа было построено 18 домов умалишенных, еще через 25 лет было уже 34, а в 1852 г. (т. е. через 45 лет) – уже свыше 50. Строились они все по общему плану с большими комнатами на 20 и более кроватей, приемной, ванной, в ряде случаев с комнатой для особо агрессивных больных и комнатой для обливания больных водой. «Кровати так, чтобы они были на местах укреплены; притом поделаны надобные для удержания сих несчастных кольца, ремни и цепи в стенах и в полу, который должен быть кирпичный, крепкий и прочен» (Юдин 1951). Основной функцией домов для умалишенных оставалась изоляция и содержание больных. Руководил всем смотритель, который к медицине и вовсе не имел отношение. Младший персонал набирался преимущественно из отставных солдат, бродяг и арестантов, совершивших незначительные преступления. Но даже такие дома для умалишенных быстро переполнялись. По словам современников, содержание больных было «хуже, чем просто брошенные на произвол судьбы» (Юдин 1951).

Условия в частных психиатрических лечебницах разительно отличались в лучшую сторону. Лечебница Ф.И. Герцога в Москве предназначалась для больных, принадлежащих к образованнейшим сословиям общества. После Герцога ей заведовали Протопопов, Саблер, Беккер, Корсаков. «В этой лечебнице родилась московская клиническая психиатрия, – писал Н.Н. Баженов, – так как вся обстановка здесь создавала наилучшие условия для наблюдения и лечения». Именно их наработки были использованы при дальнейшем устройстве психиатрических больниц, в том числе и В.Р. Буцке.

В Московском долгаузе содержание больных было строгим (более трети пациентов держались на цепях), а условия такими, что в 1811 г. в больнице массово наблюдался скорбут (цинга). Уже в 1819 г. врач больницы З.И. Кибальчич жаловался на ее переполнение (Константиновский 1897). Ф.И. Герцог как первоприсутствующий Медицинской конторы, осматривавший больницу в 1827 г., написал: «Цепи чаще употребляются, нежели сколько того человечество требовало» (Юдин 1951). С 1 октября 1828 г. на должность врача дома умалишенных был назначен замечательный врач и талантливый администратор В.Ф. Саблер. Ему удалось радикально изменить управление домом умалишенных: дом умалишенных получил устав, по которому во главе учреждения ставился старший врач, смотритель остался лишь его помощником. Это означало полную смену отношения к больным. Были заведены истории болезни (скорбные листы), уничтожены цепи, внедрялись передовые по тем временам способы лечения, больные начали участвовать в хозяйственной деятельности больницы, для них покупались музыкальные инструменты, журналы и книги. Впервые в 1838 г. были введены работы больных. Устроить мастерские и улучшить питание больных удалось благодаря тому, что в больнице находился знаменитый на всю Москву «провидец» юродивый Корейша, к которому многие обращались за советом, внося пожертвования больнице (Константиновский 1897). В.Ф. Саблер оставался главным врачом до 1870 г.

В.Р. Буцке пришел в больницу в крайне сложный для нее период. Смерть Корейши в 1862 г. существенно ухудшила финансовое положение больницы. А закрытие полицейской больницы для психически больных арестантов Тюремного ведомства привело к переполнению Преображенской больницы. Больница начала приходить в упадок, положение пациентов было плачевным. Виктор Романович активно включился в работу. Полученный за границей опыт, собственная внимательность, аккуратность, стремление к самообразованию и, прежде всего, глубокая преданность делу заставили заняться его реформированием больницы. С самого начала врачебной деятельности он старался организовать работу в коллективе, проявляя незаурядные организаторские способности. При этом В.Р. Буцке не стремился к директивному стилю руководства, а приравнивал свою работу к работе «маятника-регуля-

тора, необходимого для правильного хода жизни общественного учреждения и поэтому вмешивался только тогда, когда эта жизнь отклонялась, по его мнению, от правильного своего течения» (Постовский 1905). Он постоянно жил на территории клиники и наблюдал за пациентами не только во время обходов, но и «во всякое время дня и ночи». В общении с коллегами Буцке был очень немногословен и сдержан, оставаясь во внеслужебное время хорошим товарищем. С.С. Корсаков вспоминал, что, придя в Преображенскую больницу новичком, встретил в лице Буцке (с 1875 г. младший штатный ординатор) опытного руководителя и описывал Виктора Романовича как одного из самых деятельных работников больницы: «в его руках сосредоточились все нити, которыми связывались все части больничного дела» (Рот В.К. 1901).

Изменить ситуацию в больнице, находящейся в то время в ведении приказа общественного призрения было крайне трудно. Буцке требовалось не только переломить сопротивление части врачей, вполне довольных своим рутинным существованием, но и большей части младшего персонала больницы, привыкшего к «старым устоям» и совершенно другому обращению с больными. Требовался человек не только удивительно талантливый и энергичный, но и достаточно жесткий, аккуратный и внимательный, вплоть до педантичности, к мельчайшим особенностям больничной жизни. В.Р. Буцке стал именно таким руководителем. То, что сделал Виктор Романович для Преображенской больницы, особенно выделяется в ее истории:

1874-1876 – введение в больнице систематических трудовых процессов для больных;

1876 – учреждено благотворительное общество для оказания различных видов помощи душевнобольным;

1877 – организованы врачебные конференции для выяснения способов улучшения ухода за больными и для разбора вновь поступающих больных;

1878 – введены правила, требующие специального разрешения врача для применения смирительной рубашки;

1887-1894 – В.Р. Буцке главный врач Преображенской больницы;

1887 – окончательно отменено применение смирительных рубашек, введена система нестеснения;

1889 – начало применения системы открытых дверей;

1886-1887 – учреждены врачебные беседы.

Виктор Романович неустанно общался с городскими благотворительными обществами, добиваясь дополнительного финансирования своих начинаний и дальнейшего расширения больницы. Руководя Преображенской больницей, Буцке все больше понимал недостатки старого подхода к лечению и содержанию душевнобольных, разрабатывал новые направления городской психиатрии, в том числе и идеи новой, современной психиатрической

больницы, способной удовлетворить нужды быстро развивающегося города. В 1887 г. Преображенская больница была передана из ведения Приказа общественного призрения Московскому городскому самоуправлению. К этому периоду в психиатрических учреждениях Москвы находился 671 пациент, то есть одна психиатрическая койка приходилась на 1123 жителя (население города составляло 753469 жителей). Этого было явно недостаточно. Больница была настолько переполнена, что почти все время на самом видном месте в ее приемной висело объявление: «За неимением места прием больных прекращен»; больные поступали только по распоряжению судебных и полицейских властей. В этой сложной ситуации городской голова Н.А. Алексеев призвал благотворителей помочь душевнобольным.

12 мая 1889 г., на особом совещании, под председательством московского городского головы Н.А. Алексеева, по вопросу о том, что делать на собранные им пожертвования, назначенные на расширение в Москве дела призрения, было принято внесенное В.Р. Буцке предложение: строить на эти деньги в Москве лечебницу для 300 острых душевнобольных.

В 1891 г. за Серпуховской заставой на Канатчиковой даче начали строить городскую психиатрическую больницу «для лечения и призрения 300 психически больных, страдающих острыми формами душевных заболеваний, главным образом для постоянных жителей города Москвы с платой 15 рублей в месяц с получающих обычную пищу и 25 рублей – улучшенную» (постановления Городской думы от 27 июня 1889 г. и 20 октября 1890 г.). План больницы был разработан Виктором Романовичем Буцке, а затем рассмотрен и одобрен на особом совещании под председательством Н.А. Алексеева, при участии проф. А.Я. Кожевникова, С.С. Корсакова, акад. Архитектуры Л.О. Васильева. Также план обсуждался на первом заседании только что открывшегося Московского общества невропатологов и психиатров 21 октября 1890 г.

По словам Буцке, нужно было создать такой план больницы, который бы «выдержал критику многих поколений». Виктор Романович предложил построить больницу в форме маленьких отдельных корпусов на 30 человек, легко приспособляемых для различных типов больных. Такая структура позволяла с одной стороны создавать индивидуализированные условия, с другой быстро подстраиваться под их изменения. Новшеством был отказ от всякой психиатрической специфики и специальных приспособлений. «На душевнобольных при приеме и помещении их в больницу приличествует смотреть так, как и на всяких других больных», писал Виктор Романович (Буцке 1891).

29 апреля 1894 г. В.Р. Буцке приступил к обязанностям главного врача новой больницы на Канатчиковой даче, названной в честь трагически погибшего в 1893 г., городского головы Н.А. Алексеева. 12 мая 1894 г. открылись женские отделения на 150 коек и мужской приют им. Ф.Я. Ермакова на 100

пациентов, а 26 апреля 1896 г. – мужские отделения. На Канатчикову дачу были переведены все свежезаболевшие и нуждавшиеся в лечебном уходе из Преображенской больницы. Следуя сформулированному им принципу, что «хорошо устроенная и правильно организованная психиатрическая больница является самым могущественным средством для лечения душевнобольных», В.Р. Буцке старался создать уют и почти домашнюю атмосферу, строго следил за доброжелательным отношением персонала к пациентам, обеспечивал занятость больных. Смирительные рубашки были запрещены, решетки на окнах сохранялись только в беспокойных отделениях, в 1900 г. были упразднены изоляторы. В каждом отделении имелось помещение для занятий трудом, которые в вечернее время служили для отдыха и развлечений. А в 1903 г. началось строительство отдельного кирпичного здания мастерских для больных. Большое внимание Виктор Романович уделял гигиене: следил за регулярностью мытья пациентов, сменой белья и одежды. Любое время дня и ночи проверял постовые службы.

Пациент И.К. Быковский в 1903 г. писал: «Директор Виктор Романович Буцке весь проникнут гуманным и либеральным духом сделать жизнь больных как можно легче и светлее... все здесь, начиная от удобной койки и здоровой пищи и кончая роскошным конференц-залом с бильярдом и роялем, находится в самых лучших условиях чистоты и гигиены... Все здесь представляет из себя последнее слово больничного комфорта» (Быковский 1903). С.С. Корсаков, осматривая европейские психиатрические лечебницы, писал М.Ф. Беккер: «...Канатчикова дача стоит далеко выше очень многих больниц... Чего-либо нового и особенного я не смог отыскать» (Корсаков).

Виктор Романович создал больничный совет, в состав которого вошли все врачи больницы, представители административной и хозяйственной ее частей, и таким образом ввел коллегиальное управление.

По инициативе В.Р. Буцке в 1897 г. в больнице было создано Благотворительное общество для помощи неимущим пациентам и их семьям. В задачи Общества входило снабжение неимущих больных по выходе из больницы деньгами, одеждою, обувью и прочим необходимым для их существования на первое время; помощь в возвращении на родину; «приискание выздоровевшим больным занятий, могущих доставить им средства к жизни»; попечение о семьях больных, оставшихся без средств к существованию.

Работал Виктор Романович самозабвенно: наряду с ординаторами вел больных и делал регулярные обходы. Вел ежедневные медицинские конференции, на которых докладывалось состояние пациентов, еженедельно проводил клинические разборы. В больнице использовались новейшие методы помощи больным. Для оказания материальной помощи нуждающимся больным и их семьям Виктор Романович инициировал создание при больнице благотворительного общества.

Столкнувшись с огромным потоком неизлечимых пациентов, Виктор Романович понял, что «чистая лечебница для душевнобольных – одна мечта, осуществимая только при самых благоприятных условиях. Очень скоро явится время, когда лечебница окажется переполненной хрониками, которых некуда девать». Поэтому он предложил создать вокруг лечебницы приюты для хронически больных. На пожертвованные деньги уже в 1894 г. недалеко от лечебного корпуса было выстроено двухэтажное здание – Ермаковский приют для мужчин на 100 коек, а в 1897 г. такой же приют на 72 койки для женщин (Капцовский корпус). Позже, уже после смерти Буцке, на территории Канатчиковой дачи был построен приют для умственно отсталых детей и эпилептиков (1912–1914) и неподалеку Шаболовское женское отделение (1912).

Однако потребности города в психиатрической помощи постоянно возрастали, и больнице вновь начинало грозить переполнение. В этой ситуации В.Р. Буцке обратился к новым формам организации внебольничной помощи – к созданию деревенского патронажа, а к 1903 г. и городского, ставшего, по сути, предтечей психоневрологических диспансеров.

По рассказам современников, В.Р. Буцке уже имел подобный опыт содержания и лечения больного в самом начале своей врачебной карьеры. Еще во время работы в Преображенской больнице один из его друзей был признан неизлечимо больным. Виктор Романович не согласился с диагнозом и настоял на переводе больного в деревню в крестьянскую семью. Родственники, глубоко уважавшие врача, согласились, а состояние больного со временем значительно улучшилось.

К этому моменту уже были предприняты попытки создания деревенского патронажа, в том числе под руководством Н.Н. Баженова сначала около Рязани, а в 1892 г. в селе Семеновском в окрестностях Москвы. В.Р. Буцке реорганизовал патронажную службу, поставив ее под жесткий врачебный контроль. В 1900 году им был организован обширный деревенский патронаж в селах Тропарево и Троицкое, деревнях Беляево, Никулино, Деревлево. К началу 1903 г. в этом патронаже было 136 больных, приемные покои, надзирательский и служительский персонал, специальные патронажные врачи.

Буцке продолжал развивать внебольничную помощь и в 1901 г. представил в Городскую Управу докладную записку, в которой предлагал новый порядок приема пациентов в городские психиатрические больницы – исключительно через врачей-психиатров (до этого решение о госпитализации принимал особый чиновник Городской Управы, не имевший врачебного образования) и новый способ призрения душевнобольных – городской патронаж. Идея обсуждалась в Московском Обществе невропатологов и психиатров, прошла через Врачебный Совет, ряд думских комиссий и специально созданную по данному вопросу комиссия Общества Невропатологов и Психиатров при

Московском Университете. Наконец, 14 октября 1903 г. опыт отдачи больных на посемейное призрение в Москве был санкционирован Городской Думой. При Алексеевской больнице начал функционировать городской патронаж для призрения душевнобольных, по своему состоянию не требующих обязательного помещения в психиатрическую больницу.

Деятельная натура В.Р. Буцке проявлялась не только в управлении больницей. С 1897 г. он состоял во Врачебном Совете при московской городской управе, разрабатывал различные вопросы, связанные с городской медициной. Являлся действительным членом Московского общества невропатологов и психиатров, участником многих научных съездов и конференций, написал несколько научных работ. За активную деятельность и отличное выполнение служебных обязанностей он 14 мая 1896 г. (по старому стилю) был награжден орденом Св. Анны II степени.

Талантливый ученый, прекрасный врач, В.Р. Буцке, совместно с С.С. Корсаковым, с которым его связывала многолетняя дружба, был одним из организаторов Общества невропатологов и психиатров, много работал в различных его комиссиях. Виктор Романович живо интересовался правовыми аспектами психиатрической помощи и проблемами невменяемости, алкоголизмом и психопатиями. Так, известен его, совместный с С.С. Корсаковым, разбор дела П. Качки.

Осенью 1903 г., несмотря на уговоры сотрудников, В.Р. Буцке оставил пост главного врача и директора больницы из-за резкого ухудшения состояния здоровья. 5 (18) февраля 1904 г. один из величайших психиатров и организаторов психиатрической помощи скончался. По словам современников, перед смертью Виктор Романович пожелал быть похороненным на Даниловском кладбище рядом с Алексеевской больницей.

«Сошел в могилу один из крупных деятелей по общественной психиатрии. Вся его жизнь, как врача-психиатра, прошла на службе городу. На его долю выпала важная и в то же время тяжелая задача созидания Московской городской психиатрии. Он с успехом выполнил это дело и помог городу разрешить коренным образом возложенную на город задачу обязательного призрения душевнобольных. Он создал такой план организации психиатрической помощи городскому населению и так осуществил этот план в главных его частях, что его работа приобретает уже значение не только для Московской городской психиатрии, но и для всей русской психиатрии» (Н.П. Потовский 1905).

Печатные работы В. Р. Буцке.

1. Stuelien liber den feineren Bau der Grosshirnrinde. Arch. f. Psychiatric Band. III. N. 3. 1872.
2. Правовые условия призрения душевнобольных. Труды первого съезда отечественных психиатров. Петербургъ. 1887.

3. Проект новой лѣчебницы для душевнобольныхъ въ Москвѣ. Отчетъ о первомъ публичномъ засѣданіи Об-ва невропатологовъ и психіатровъ, состоящаго при Императорскомъ Московскомъ университетѣ. Москва. 1891.

4. Анализъ условий пространства и времени при ассоціаціяхъ идей. „Вопросы философіи психологіи» 1893.

5. 4а) Анализъ условий числа. «Вопросы философіи и психологіи» Москва. 1894.

6. Борьба съ пьянствомъ и лѣчебницы для алкоголиковъ. Москва. 1895 г.

7. Городская психіатрическая больница имени Н. А. Алексѣева въ Москвѣ (описание больницы) Москва. 1896.

8. Докладная записка въ московскую городскую управу по вопросу объ организаціи призрѣнія душевнобольныхъ въ Москвѣ. Прот. засѣд. Врачебнаго Совѣта при Моск. Городск. Упр. 1901 г.

Литература

1. Памяти Виктора Романовича Буцке. Отдельный оттиск. 14 Февраля 1904 года.

2. Samuel Tuke. Loc. Cit., p.156 (цит. по М.Фуко «История безумия в классическую эпоху», Университетская книга, Санкт-Петербург, 1997 г., с.476).

3. Постовский Н.П. Виктор Романович Буцке. // Журнал Невропатологии и Психиатрии С.С. Корсакова, 1905 г., книга I.

4. Некрасова Е. Памяти В.Р. Буцке. Русские Ведомости. 19 марта 1904.

5. Юдин Т.И. Очерки истории отечественной психиатрии. МЕДГИЗ 1951.

6. Рот В.К. С.С. Корсаков. // Журнал Невропатологии и Психиатрии С.С. Корсакова, 1901, книга I.

7. Буцке В.Р. Проект новой лечебницы для душевнобольных в Москве. // Отчет о первом публичном заседании Московского Общества невропатологов и психиатров. Москва. 1891.

8. Константиновский И.В. Исторический очерк о Преображенской больнице. Москва. 1897.

9. Психиатрическая больница имени Н.А. Алексеева. Медицинские отчеты. 1895-1903.

10. Корсаков С.С. Письма к М.Ф. Беккер. // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова 1906, 3.

11. Пашков К.А., Саблина Н.А. Практикум по истории Отечества и истории медицины. – М.: МГМСУ, 2008.

12. Слышкин Г.Г. Концепт личности как элемент лингвокультурной историосферы (на материале концепта «Талейран») // Ethnohermeneutik und kognitive Linguistik / Hrsg. von R.D. Kerimov. – Landau: Verlag Empirische Pädagogik, 2007. – С. 81-88.

13. 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.

СТАЛИНГРАДСКИЙ ОФТАЛЬМОЛОГ Б.М. БОЛТЯНСКИЙ

Е.В. Комиссарова

Волгоградский государственный медицинский университет

OPHTHALMOLOGIST STALINGRAD B.M. BOLTYANSKIY

E.V. Komissarova

Volgograd State Medical University

Аннотация: статья посвящена проблеме восстановления в истории отечественной медицины имен врачей, внесших существенный вклад в становление советского здравоохранения, ставших жертвами политических репрессий в 1930-е гг. Среди них сталинградский офтальмолог Б.М. Болтынский, которому принадлежит важная роль в лечении глазных болезней в Поволжье и на Северном Кавказе, а в период заключения – в Коми АССР. Обращение к архивным источникам и воспоминаниям бывших политических заключенных помогает восстановить историю жизни и деятельности доктора Б.М. Болтынского.

Ключевые слова: история медицины, офтальмология, трахома, советское здравоохранение, политические репрессии, медицинская этика.

Abstract: the article is dedicated to the problem of restoration in the history of domestic medicine of the names of doctors, which made a significant contribution to the formation of Soviet public health, which became the victims of political repressions in 1930-th. Stalingrad ophthalmologist B.M. Boltyanskiy is among them, to whom belongs the important role in the treatment of eye diseases in the Volga Region and in the North Caucasus, and in the Komi ASSR in the period of the conclusion. Turning to archive sources and the recollections of former political prisoners helps to restore the history of life and activity the doctor B.M. Boltyanskiy.

Key words: history of medicine, ophthalmology, trachoma, Soviet public health, political repressions, medical ethics.

20-е – 30-е годы XX века – важный этап в истории отечественной медицины, период становления советского здравоохранения, добившегося значительных успехов в борьбе со многими опасными болезнями. В это время были достигнуты существенные результаты в развитии офтальмологии. Имена выдающихся отечественных офтальмологов вошли в историю медицины. Однако многие талантливые врачи стали жертвами политических репрессий, сведения о них обрываются в 1930-е годы, и их имена были надолго вычеркнуты из истории. Среди них сталинградский окулист Б.М. Болтынский. Обращение к архивным источникам и воспоминаниям бывших политических заключенных помогает восстановить имя Б.М. Болтынского в истории медицины.

Становление офтальмологической службы в Царицыне – Сталинграде и на территории современной Волгоградской области связано с деятельностью Б.М.Болтянского. Сведения о нем обнаружены в Архиве Управления Федеральной службы безопасности России по Волгоградской области.

Болтянский Борис Матвеевич, 1885 г. р., уроженец станции Лозовая Харьковской губернии, окончил медицинский факультет Харьковского университета по специальности – врач-глазник. Среди его учителей был Л.Л. Гиршман, первый руководитель кафедры офтальмологии в Харькове (История 2017).

В дореволюционное время Б.М. Болтянский работал в г. Царицыне-на-Волге врачом-окулистом, имея частный платный прием на дому.

На территории современной Волгоградской области лечением глазных больных в сельской местности занимались земские хирурги. С 1890 г. хирургами производились: вылушение глазного яблока, склеротомии при глаукомах, наложение Гайляровских лигатур (при заворотах век). К 1903 г. стали также производить: извлечение катаракт, иридэктомии, операции на слезном мешке. Такие же операции в это время производились врачами-хирургами в г. Царицыне (Воробьев 1994: 94).

В годы Первой мировой войны тысячи раненых солдат и офицеров лечились в царицынских госпиталях. Накануне войны в Царицыне насчитывалось 10 ведомственных больниц, 3 городские амбулатории, 3 частные больницы. В уезде работало 10 сельских врачебных участков и 4 фельдшерских пункта. 19 врачей занимались частной практикой (Яменсков 2014).

Согласно сведениям начальника гарнизона г. Царицына, направленным в Саратовское губернское жандармское правление 21 декабря 1914 г., список лечебных заведений, в коих находятся раненые и больные нижние чины, включает лазарет Юго-Восточной железной дороги (ГАВО: 293) при станции Волжская – 15 коек. Список врачебного персонала и лиц, обслуживающих лазарет имени служащих Царицынского района Юго-восточной железной дороги включает 19 человек, в том числе: заведующая лазаретом – врач Сара Михайловна Кацнельсон-Болтянская, ординатор лазарета – врач Борис Матвеевич Болтянский (ГАВО: 298).

Согласно трудовому списку, Б.М. Болтянский с марта 1915 г. – врач Волго-Донского участка ЮВЖД (Юго-Восточной железной дороги).

Находясь в Царицыне, доктор Б.М.Болтянский оказался в эпицентре Гражданской войны 1918-1920 гг., он служил врачом в Красной Армии. С июля 1918 г. он – начальник Санчасти 1-й Донской стрелковой дивизии РККА; с февраля 1919 г. – старший ординатор глазного отделения госпиталя № 2; с марта 1920 г. – заведующий глазным отделением Краснодарского военного госпиталя; с июня 1921 г. – ординатор глазной клиники Кубанского государственного университета. Руководитель кафедры офтальмологии

Кубанского медицинского института профессор С.В. Очаповский в первые годы Советской власти внес большой вклад в изучение и ликвидацию трахомы на Северном Кавказе.

Как видно из материалов дела, с 1 августа 1918 г. по август 1922 г. Б.М. Болтянский служил во 2-й сводной казачьей дивизии, с сентября 1919 г. по март 1920 г. находился в плену у белых в г. Краснодаре (по другим документам, отступал с белыми из г. Царицына до г. Краснодара и обратно вернулся в 1922 г.).

С января 1922 г. Б.М. Болтянский – консультант-окулист 139-го Райэвакопункта; с октября 1922 г. – заведующий глазной Здравницей Швейцарского Красного Креста.

В 1923 г. в Царицыне впервые было открыто глазное отделение на 10 коек в 1-й совбольнице. В этом же году швейцарская миссия Красного Креста прислала в г. Царицын целый состав, состоящий из 30 вагонов с медикаментами и инструментарием. Это позволило открыть детскую глазную поликлинику со 150 койками в г. Царицыне по ул. Спасской. Возглавил эту поликлинику доктор Б.М. Болтянский. Этой же миссией в Царицын были направлены опытные врачи-окулисты Сарториус и Нитлисбах и 7 сестер милосердия.

С 1923 г. Б.М.Болтянский – заведующий Трахоматозной здравницей Губздрава; с апреля 1925 г. – Сталинградский губернский окулист; с 1927 г. – заведующий глазным отделением больницы им. Ильича.

20 августа 1926 г. в Сталинграде открыт трахоматозный диспансер. В обязанности диспансера входили периодические осмотры и в первую очередь организованных групп населения, школ, общежитий, широкая санитарно-просветительная работа. В 1927 г. для детей, больных трахомой, в городе организуются отдельные школы. В 1928 г. в Сталинграде открыт глазной диспансер, за рекой Царицей в районе татарского селения.

Трахома была массовым заболеванием и являлась первой причиной слепоты в России, поэтому понятна важность работы по ее ликвидации. Широкое развитие получила глазная помощь, имеющая в своей основе профилактическое направление. Особенно показательны результаты профилактики, раннего выявления и лечения первичной глаукомы у взрослого населения. Успехи борьбы с трахомой в СССР связаны с именем главного офтальмолога страны, профессора А.С. Савваитова (1876-1956 гг.). Наряду с такими выдающимися отечественными офтальмологами, как В.В. Чирковский (1875-1956) – организатор первого в СССР Трахоматозного института в Казани, профессор С.В. Очаповский – руководитель кафедры офтальмологии Кубанского медицинского института, который в первые годы Советской власти внес большой вклад в изучение и ликвидацию трахомы на Северном Кавказе и др. (История 2017), Б.М. Болтянский сыграл важную роль в лечении глазных болезней, бывших бичом населения Поволжья и Юга России.

О государственной важности проблемы свидетельствует принятие постановления ВЦИК и Совета Народных Комиссаров РСФСР от 27.09.1927 «О мерах борьбы с трахомой», мобилизовавшего усилия органов здравоохранения и общественности. В этот период практиковалось направление глазных отрядов в сельскую местность.

В 1928 г. в связи с большим количеством глазных заболеваний среди населения Сталинградской губернии, особенно в Заволжье, (к тому же глазная помощь, за исключением Сталинграда, в уездах и округах оказывалась недостаточно), губздравом были посланы в Ленинский уезд «глазной отряд» под руководством доктора Б.М. Болтянского и 2 врачей, работавшие в уезде в течение 3 месяцев. Были обследованы все села уезда, осмотрены учащиеся школ. Организовано лечение больных в Ленинской уездной больнице [Воробьев 1994: 93]. Отчет о деятельности глазного отряда НКЗ и РОКК Сталинградской губернии в Ленинском уезде в 1928 г., составленный Б.М. Болтянским, был опубликован в Сталинграде в 1929 г. (Болтянский 1929).

Проведенная с мая 1928 г. блестящая работа в Ленинском уезде по борьбе с глазными заболеваниями отмечена благодарностями Ленинского уисполкома за медицинскую и общественную работу в Ленинском уезде и Сталинградского окрздрава за оздоровительную работу в Ленинском уезде и вообще по лечению и выявлению глазных заболеваний к празднованию 10-летия советской медицины.

В июне 1930 г. Б.М. Болтянский защитил диссертацию на тему «Повреждение глаз в Кубанском Крае» при Научно-исследовательском медицинском институте в Краснодаре.

Материал, собранный в Ленинском уезде, в окружном офтальмологическом диспансере, глазной амбулатории поселка им. Рыкова, в глазном отделении больницы им. Ильича, позволил Б.М. Болтянскому сделать обобщение и написать в 1933 г. работу «О слепоте на территории бывшего Сталинградского округа и ее причинах». В этой работе он указал на высокий уровень слепоты в округе (10,1 на 10.000 тыс. населения). Причину слепоты на оба глаза он связал с большим процентом (18,5%) глаукомы, на один глаз – травма (35,2%). В этой работе он предлагает учредить глазные отделения во всех районных больницах.

С июня 1933 г. Б.М. Болтянский – заведующий глазным отделением 1-ой Советской больницы и директор трахоматозной станции в Сталинграде..

В 1935 г. Сталинградским краевым отделом здравоохранения издана работа Б.М. Болтянского «Глазная помощь в условиях работы сельских медпунктов» (Болтянский 1935). В 1935 г. лечение глазных больных в Сталинградском крае было организовано очень плохо. В Сталинграде на 400 тысяч населения имелся один глазной стационар на 40 коек, прием глазных

больных из города и края производился только в поликлинике № 3, куда приходило более ста больных в день. Врачи-окулисты работали только в 3 районах – Дубовке, Камышине и Серафимовиче, остальные районы глазных специалистов не имели, кадры глазных врачей в крае не готовились [5, с. 94].

Глазная больница, на базе которой разместилась клиника глазных болезней Сталинградского медицинского института (зав. – профессор Т.И. Ерошевский) была открыта в 1939 г., но доктор Б.М. Болтянский был уже репрессирован.

На момент ареста Б.М. Болтянский работал врачом-глазником в 1-й советской больнице. Арестован он 20 июля 1938 г. по обвинению по ст.ст. 17-58 п. 8, 58 п. 10 и 11 УК РСФСР («являясь одним из руководителей антисоветской организации, вел активную вербовочную работу, террористическую и шпионскую деятельность»). На основании данного обвинения 16-17 ноября 1939 г. Военный трибунал Северо-Кавказского военного округа в Сталинграде приговорил Болтянского Б.М. к лишению свободы в исправительно-трудовых лагерях сроком на 10 лет, с конфискацией лично принадлежавшего ему имущества. Срок отбывал в Северо-Печорском ИТЛ. Освобожден из Севпечлага 4 октября 1946 г. После освобождения работал в Печоре в 8-й больнице. Реабилитирован Болтянский Б.М. определением Военной коллегии Верховного Суда СССР 15 октября 1957 г. (УФСБ 2017).

В заключении Б.М. Болтянский сохранил верность клятве Гиппократова. О лагерном периоде жизни Бориса Матвеевича свидетельствуют воспоминания товарищей по несчастью, собранные Обществом «Мемориал», печорскими краеведами и Волгоградской областной ассоциацией жертв незаконных политических репрессий.

Сталинградец Семен Семенович Васюхнов, отбывавший наказание в Коми АССР в Печорлаге на строительстве Печорской железной дороги, в своих воспоминаниях много места уделяет Б.М. Болтянскому, называя его человеком с большой буквы (Васюхнов 1996).

В этом лагере встретились выдающиеся ученые и врачи, в частности, одним этапом в июле 1941 г. на станцию Мишяг, где располагался лазарет № 3 САНО 1-го отделения Печжелдорлага, контингент которого составляли доходяги, сильно истощенные, больные заключенные, пришли академики Л.А. Зильбер и П.И. Лукирский и доктор медицины Б.М. Болтянский. С.С. Васюхнов пишет: «Очень большое участие в моей судьбе приняли Л.А. Зильбер и Б.М. Болтянский. В часы досуга Зильбер писал афоризмы, дружеские шаржи на всех врачей. (Васюхнов 1996: 99).

Болтянскому
 Всегда он выдержан, спокоен,
 В годах, но все же очень строен,
 Любезность может вам сказать

И каждый день ходит гулять...
 Прожив на свете много лет,
 Людей он знает, знает свет,
 И стоит лишь открыть вам рот,
 Он сразу же расскажет анекдот...

В конце 1941 г., когда гитлеровцы рвались к Москве, «с этапа был снят профессор Сталинградского медицинского института, заведующий кафедрой глазных болезней Б.М. Болтянский... В этапе он ослаб, заболел цингой и более двух месяцев пролежал в лазарете Маруши. К этому времени с трассы строительства начали поступать нескончаемым потоком глазные больные: сплошная белизна и яркое солнце ослепляли многих, появлялись язвенные поражения глаз.

Для организации глазного отделения в лазарете Маруши Северо-Печорской железной дороги Болтянскому выделили помещение на 30 коек. Весной 1942 г. в отделении было свыше 100 человек. Сюда везли больных со всей трассы... Строительство уходило дальше на Север, и руководство санотдела решило перебросить в Абезь глазное отделение Б.М. Болтянского, к тому времени получившего всеобщее признание, он лечил не только заключенных, к нему шли все начальники. В 1942 г. Борис Матвеевич был этапирован в Абезь, где стал заведующим глазным отделением лазарета инвалидного лагеря.

Борис Матвеевич строил большие планы об открытии глазного отделения для всего лагеря. По соседству с этой колонной размещалась больница для вольнонаемных работников в небольших одноэтажных зданиях барачного типа, где были терапевтическое, хирургическое, детское, родильное отделения. Бараки низкие с небольшими деревенскими окнами, крытые дерном на березовой коре, а хирургическое отделение было рубленое из дерева с настоящими большими окнами.

Через месяц выделили одноэтажное сооружение с небольшими окнами, крытое дерном. Его обнесли колючей проволокой, устроили вахту с постоянным постом. Борису Матвеевичу рядом с операционной выделили комнатку 2 x 2,5 м и барак на первое время с общими нарами.

Весь инструментарий из лазарета Маруши перевез сюда Борис Матвеевич. В корпусе, рассчитанном на 60-80, зачастую лежало до 100 и более человек, причем 10-15 коренных коми, главным образом, с тяжелейшими поражениями трахомой. Необходимость заставила выделить угол и сделать женскую палату на 10-15 мест. Привозили слепых, потерявших зрение из-за катаракты и других заболеваний, с отдаленных колонн Заполярного круга, с берегов рек Печоры, Усы, ехали из Нарьян-Мара. Весть о враче-исцелителе быстро облетела всю Коми АССР.

Доктора Болтянского знала вся стройка, его часто вызывали на консультации не только на стройку, но и в Сыктывкар, любили доктора все заклю-

ченные и вольнонаемные, начальство благоволило ему.

Б.М. Болтянский не щадил себя, спасая пациентов. Через два часа после того, как он сам был прооперирован по поводу ущемления грыжи, Борис Матвеевич полулежа сделал искусную операцию шоферу, которому в лицо попали осколки стекла взорвавшейся лампочки, роговица правого глаза была сожжена горячим стеклом, которое прикипело к радужной и слизистой глаза. Б.М. Болтянский снял с глаза пострадавшего пристывшее стекло, не повредив роговицы. Врач-хирург ассистировал ему, а его поддерживали сзади. Через 6 дней пострадавшего выписали из больницы здоровым.

«Еще не встал с постели Б.М. Болтянский, вдруг поступило сообщение, что на руднике Инта в забое произошел взрыв и ранено несколько человек, причем у двоих ранения глаз. Транспортировать пострадавших нельзя.

И мы немедленно собрались с Борисом Матвеевичем в дорогу на дрезине. Причем без конвоя. Взяли все необходимое для оказания помощи и операции. Пострадавших мы застали в больнице в тяжелом состоянии. Профессор вынужден был делать операцию, потому что ранения были прободные, и он боялся того, что поднимется внутриглазное давление, в местах прободения утечет внутриглазная жидкость. Операция прошла успешно, у одного из больных удалено 12 инородных тел, ему зашили конъюнктиву обоих век, наложили швы на поврежденную склеру. У другого – менее сложная операция, но все равно прободное ранение, причем осколок засел в склере. И эта операция окончена. Болтянского еле довели до койки. Он ведь простоял у операционного стола около четырех часов.

На нашу долю выпадали поголовные осмотры местного населения коми из близлежащих поселков, где мы обнаруживали массу больных трахомой. Всех госпитализировали и успешно лечили от этой болезни...» (Васюхнов 1996:122).

В 1943 г. Печорстрой перестал посылать за пределы лагеря всех больных, даже вольнонаемного состава, так как наличие опытных врачей Б.М. Болтянского и Сергея Андрияновича Елистратова, бывшего главного врача и заведующего глазным отделением 1-й совбольницы в Сталинграде, гарантировало оказание необходимой помощи при заболеваниях органов зрения.

Подготовленное Б.М. Болтянским справочное пособие по лечению органов зрения в условиях Заполярья, изданное под редакцией начальника САНО В.Н. Пудова только для служебного пользования Печорстроя в 1944 г., очень помогло практическим врачам Заполярья. Это был первый печатный труд по медицине в условиях лагеря. О справочнике хорошо отзывалось и санитарное управление ГУЛАГа. В каждой больнице на колоннах появилось необходимое пособие. Оно сыграло важную роль в деле лечения народов Крайнего Севера от трахомы. Результатом проведенных в Абези врачами Б.М. Болтян-

ским и Н.М. Обрядиной исследований стал справочник «Авитаминозные поражения органов зрения на Печорском севере» (Абезь, 1946 г.).

Пребывание за полярным кругом в Коми АССР видного врача-хирурга спасло многих жителей республики от слепоты и сыграло исключительную роль в деле лечения глаз у заключенных, так как они, не привыкшие к условиям Крайнего Севера, часто подвергались тяжелым световым ожогам с изъязвлениями роговой оболочки глаз. Только наличие квалифицированной помощи спасало больных от неминуемой слепоты.

В лагере, наперекор всему, ученые находили применение своим незаурядным способностям. На Печорском Севере в недрах лагерей стали возникать лаборатории по изучению самых часто встречающихся среди заключенных недугов – алиментарной дистрофии, цинги, пеллагры, и способов их лечения. По инициативе Г.М. Данишевского, бывшего директора Института курортологии СССР, в составе научно-исследовательской базы санитарного отдела Печорстроя в 1944-1948 гг. были созданы отделение медицинской климатологии, витаминно-пищевая лаборатория, музей северной медицины и медицинская библиотека. В НИБ, где впервые в советской медицине проводилось комплексное изучение проблем медицины на Крайнем Севере, работали многие врачи, как заключенные, так и вольнонаемные, в том числе: Б.М. Болтянский, Ю.И. Лакоза, Л.А.Зильбер, который изобрел антипеллагрин из дрожжей. В задачи бюро входили: организация квалифицированной помощи населению Заполярья; создание особых условий больным, находящимся на излечении под наблюдением НИБ; выработка рекомендаций и претворение их в жизнь; издание трудов, ставящих целью предотвращение эпидемий цинги, пеллагры в условиях Крайнего Севера (Васюхнов 1996:122).

В 1948 г. на базе НИБ была построена Печорская клиническая больница Печоржелдорстроя (линейная больница № 8 ст. Печора Северной железной дороги), в которой в числе других 15 талантливых врачей после освобождения работал Б.М. Болтянский (Афанасьева 2011).

С.С. Васюхнов считает, что Б.М. Болтянский вернулся после реабилитации в Сталинград, однако подтверждений этому обнаружить пока не удалось.

История жизни и деятельности доктора Б.М. Болтянского отражает проблемы истории советской медицины и являет пример российского интеллигента, врача, приверженного идеалам гуманизма и медицинской этики в любых условиях.

Литература

1. Болтянский Борис Матвеевич. Глазная помощь в условиях работы сельских медпунктов [Текст] / Б. М. Болтянский, д-р медицины; Под общ. ред. зав. Крайздравотделом А. К. Мартынова; Сталингр. краев. отд. здравоохранения. Сталинград: Краев. гос. изд-во, 1935.
2. Болтянский Б.М. Деятельность глазного отряда НКЗ и РОКК Сталинградской губернии в Ленинском уезде в 1928 г. Сталинград, 1929.
3. Болтянский Б.М. О слепоте на территории бывшего Сталинградского округа и ее причинах. Сталинград, 1933.
4. Васюхнов С.С. Чересполосица // Петля-3. Воспоминания, очерки, документы / Сост. Е.А.Кулькин. Волгоград: Комитет по печати, 1996. С. 56-125.
5. Воробьев А.Ф., Ежов Н.И. Развитие служб здравоохранения Царицына – Сталинграда – Волгограда и области. Волгоград: Упринформпечать, 1994. С. 93-94.
6. Яменсков В.В., Петрова И.А., Комиссарова Е.В., Старшинина О.В. Деятельность медицинских учреждений Царицына и Царицынского отделения Красного Креста в период Первой мировой войны // Татарский народ и народы Поволжья в годы Первой мировой войны: сборник материалов Всероссийской научной конференции с международным участием, приуроченной 100-летию начала войны. Институт истории им. Шигабутдина Марджани АН Республики Татарстан; Под общей редакцией Л.Р. Габдрафиковой. Казань. 2014. С. 476-489.
7. Афанасьева Т. Санаторий особого режима // Республика. 2011. 26.02. URL: <http://www.gazeta-respublika.ru/article.php/35761> (дата обращения 1.09.2017).
8. История офтальмологии. URL: <http://eyesfor.me/history-of-ophthalmology/a-short-history-of-ophthalmology.html> (дата обращения 6.06.2017).
9. Государственное казенное учреждение «Государственный архив Волгоградской области». Ф. И-6. Оп. 1. Д. 383. Лл.293-301.
10. УФСБ России по Волгоградской области. Информационное письмо от 20.06.2017 г. № 10/998.

К 150-ЛЕТНЕМУ ЮБИЛЕЮ ПРОФЕССОРА Л.И. СВЕРЖЕВСКОГО

А.И. Крюков, А.С. Товмасын

ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический Институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗ г. Москвы

ON THE 150TH ANNIVERSARY OF THE BIRTH OF PROFESSOR L.I. SVERZHEVSKIY

A.I. Kryukov, A.S. Tovmasyan

Scientific and Research Clinical Institute of Otorhinolaryngology named after L.I. Sverzhevskiy

Аннотация: создание в 20-40-х годах прошлого века крупнейшей в стране научно-клинической оториноларингологической школы профессора Л.И. Свержевского оказало значительное влияние на становление и развитие отечественной оториноларингологии. Разработанные школой фундаментальные вопросы анатомии, патологии ЛОР-органов, лечения и профилактики ЛОР-заболеваний определили дальнейшее развитие специальности в стране на многие годы.

Ключевые слова: школа профессора Л.И. Свержевского, развитие оториноларингологии.

Abstract: The creation in 1920s-1940s of the largest in the country scientific and clinical otorhinolaryngological school of professor L.I. Sverzhevsky had a significant impact on formation and development of native otorhinolaryngology. The fundamental issues of ENT anatomy, pathology, treatment and prevention of ENT diseases developed by the school determined the further development of the specialty for many years.

Key words: school of professor L.I. Sverzhevsky, development of otorhinolaryngology.

В наши дни, когда время диктует необходимость постоянного переосмысления сформировавшихся понятий и взглядов, когда стремительное развитие информационных, диагностических технологий и роботхирургии в ряде случаев способно вытеснить интеллектуальную составляющую врачебного мастерства, особенно отчетливо ощущается духовная потребность соприкоснуться с творчеством и почувствовать стиль жизни незаурядных, ярких, талантливых врачей, основавших и развивших то или иное направление в медицине, создавших авторитетнейшие научно-клинические школы.

Наряду с этим активно внедряемая сегодня стандартизация лечебно-диагностического процесса не должна предполагать абсолютной, «слепой» замены аналитического подхода в работе врача на способность во всех ситуациях воспользоваться готовым стереотипом. А ведь способность к грамот-

ному клиническому мышлению в нас воспитывают талантливые учителя. Этому мы учимся также, знакомясь с биографиями и творческим наследием выдающихся деятелей медицинской науки и практики.

7 сентября (25 августа по старому стилю) 2017 года исполнилось 150 лет со дня рождения основателя крупнейшей в стране научно-клинической оториноларингологической школы, Заслуженного деятеля науки России, профессора Людвиг Иосифовича Свержевского. Людвиг Иосифович основал кафедру оториноларингологии 2-го Московского государственного университета (1919), Государственный НИИ по болезням уха, горла и носа (1935), журнал «Вестник оториноларингологии» (1936) и еще многое в нашей специальности. Символично опубликование в разделе «Хроника» самого первого номера «Вестника оториноларингологии», изданного в 1936 году тиражом 2500 экземпляров, приказа № 967 по Наркомздраву от 25 сентября 1935 года за подписью наркома здравоохранения Г. Каминского «Об организации в Москве НИИ по болезням уха, горла и носа».

В этой статье не преследовалась цель провести анализ всей совокупности и многогранности научных исследований, выполненных в то далекое время под руководством проф. Л.И. Свержевского. На нескольких ярких примерах хочется показать незаурядность Людвиг Иосифовича не только как блестящего клинициста и организатора нашей специальности, но и как талантливого ученого.

Судя по всему, основные этапы деятельности ученого и руководимого им коллектива, отраженные в сборниках научных трудов, можно подразделить на три периода: до 1934 г., до 1937 г. и до 1940 г. Что характерно для первого периода? Из 51 статьи сборника, посвященного 40-летию деятельности Заслуженного деятеля науки РСФСР проф. Л.И. Свержевского, девять были помещены в авторитетных европейских периодических изданиях. И это в эпоху коллективизации и индустриализации!

Именно в этот период Николаем Федоровичем Поповым (1927) и Борисом Сергеевичем Преображенским (1930) впервые в мире прослежена динамика дегенеративно-дистрофического процесса во внутреннем ухе с исходом в тугоухость и глухоту. При этом был объективизирован «воздушный путь» при альтернирующем действии высокочастотных звуков на базальные отделы улитки и контактный (вибрационный) «чрескостный путь» повреждения апикальных отделов улитки при воздействии вибрации и низкочастотного шума.

Чуть позже проф. О.Г. Агеевой-Майковой, работавшей под руководством Людвиг Иосифовича с 1913 г., было высказано предположение о наличии так называемых фазовых состояний во внутреннем ухе, характеризующих стадию «доморфологических» функциональных нарушений в ушном лабиринте. В дальнейшем концепция фазовых состояний вестибулярного

анализатора была обоснована ученицей Ольги Григорьевны проф. Н.С. Благовещенской.

Эти результаты были положены в основу целой серии научных работ более позднего периода, посвященных детализации метаболической составляющей виброакустического стресса. Исследования выполнены под руководством проф. В.Т. Пальчуна. Под руководством проф. Б.М. Сагаловича проведены уникальные клиничко-экспериментальные исследования, посвященные фармакотерапевтической протекции при стрессовых воздействиях на улитку ушного лабиринта.

Очерки по эндоназальной хирургии околоносовых пазух и слезоотводящих путей, представленные проф. Ф.С. Бокштейном, задолго до наших европейских коллег положили начало функциональной органосохраняющей хирургии образований полости носа и параназальной зоны. «Вступление нашей специальности на широкий хирургический путь сопровождалось естественным уклоном в сторону радикализма. Но теперь этот период прошел, и настало время оглянуться назад и подвести некоторые итоги, прежде всего в отношении хирургии придаточных полостей носа. Здесь определенно отмечается стремление заменить экстраназальную хирургию эндоназальной», – пишет Феликс Самойлович в 1924 г.

На следующем этапе (1934-1937) обращают на себя внимание работы А.М. Беляковой о токсическом воздействии (в частности, препаратов мышьяка) на ушной лабиринт при тягостных симптомах так называемого «внутреннего отита». Этими работами было положено начало разработке и внедрению в клиническую практику методов избирательной фармакологической деструкции сенсорного аппарата ушного лабиринта при болезни Меньера и полиэтиологическом изнуряющем субъективном ушном шуме.

Доктором В.Н. Заком представлены блестящие результаты свободной трансплантации в ринофациальной зоне. Свой обзор 1937 г. он начинает словами: «Доказывать целесообразность пластических операций в настоящее время во всяком крупном оториноларингологическом отделении – это значит ломиться в открытую дверь». Эту фразу и сегодня можно считать лозунгом в вопросах междисциплинарного межевания.

Заключительный период деятельности Людвиг Иосифовича (1937-1940) нашел свое отражение в Сборнике трудов Центрального оториноларингологического института Наркомздрава РСФСР (1940 г.). Этот период характеризует деятельность школы проф. Л.И. Свержевского в рамках Института оториноларингологии. Удивительная скромность звучит в предисловии ответственного редактора: «Прокладывание путей в исследовательской работе для вновь организованного, еще не сработавшегося коллектива представляло трудную задачу, усложненную еще недостатком оборудования и помещений». Естественно, что эти условия создали на первых порах работы

института некоторую «многопроблемность». И тем не менее, несмотря на имеющуюся «многопроблемность», представлен уникальный цикл работ по хронаксии – учению, положенному в основу современных электроакустических методов исследования и коррекции слуха.

Может показаться, что научные исследования были доминантой деятельности ученого, абстрагированной от реальной клинической работы. Это, конечно, не так. За день в поликлиническое отделение клиники проф. Л.И. Свержевского могли обратиться до 600 человек, и никто не получал отказа в помощи. Стационарное отделение на 85 коек всегда было переполнено тяжелыми хирургическими больными. Замечательно выступление проф. Л.И. Свержевского на IV Всесоюзном съезде оториноларингологов в 1937 г. «Наконец, – говорил Людвиг Иосифович, – пришел к нам настоящий хозяин. Этот хозяин – клиника, наблюдение над больным человеком. Ведь теории меняются очень быстро. Иногда проходит 10-20 лет, и теория может оказаться ложной, больной же человек остается, а правильные клинические наблюдения переживают столетия...».

Литература

1. Крюков А.И. 70 лет назад. Вестн. оторинолар. 2006; 5:17-23.
2. Крюков А.И., Петровская А.Н., Захарова А.Ф., Исторический путь Московского НИИ уха, горла и носа. Вестн. оторинолар. 2000; 5: 4-8.
3. Голосовский М.М., Значение школы Л.И. Свержевского для развития советской оториноларингологии: Автореф. дис. канд. мед. наук. М. 1978.
4. Сатина О.Ю., Развитие фундаментальных основ оториноларингологии школой академика АМН СССР Б.С. Преображенского: Автореф. дис.: канд. мед. наук. М. 2006.
5. Труды клиники уха, горла и носа им. проф. Л.И. Свержевского. 2-й МГМИ. 1921-1934 гг. М. 1934; 285.
6. Отоларингологический сборник, посвященный 40-летию деятельности засл. деятеля науки РСФСР проф. Л.И. Свержевского. М. – Л. 1937; 243.
7. Труды Центрального отоларингологического института Наркомздрава РСФСР. Сб. №1. М. 1940; 279.

ЗАСЛУЖЕННЫЙ ВРАЧ РСФСР В.К. МОДЕСТОВ (1895–1969)*В.В. Лядова**Пермский государственный медицинский университет имени академика**Е.А. Вагнера***HONOURED DOCTOR OF THE RSFSR V.K. MODESTOV (1895-1969)***V.V. Lyadova**Perm State Medical University named after Academician Ye.A. Vagner*

Аннотация: в статье рассматривается биография и основные достижения крупного физиотерапевта, курортолога, изобретателя, заслуженного врача РСФСР, профессора Василия Корниловича Модестова.

Abstract: in the article the biography and main achievements of the great physiotherapist, balneologist, inventor, Honoured Doctor of the RSFSR, Professor Vasilii Kornilovich Modestov.

Ключевые слова: бальнеология, бальнеотерапия, санатории «Ключи» и «Усть-Качка», медицинская радиология.

Key words: balneology, balneotherapy, radon baths, «Klyuchi» and «Ust-Kachka» sanatoria, medical radiology.

Профессор Василий Корнилович Модестов является знаковой фигурой медицинской науки и здравоохранения советской эпохи. К его заслугам относится становление курортного дела на Урале, развитие российской бальнеологии, радиобальнеологии и медицинской радиологии, а также целый ряд важных изобретений и предложений, сохранивших здоровье многим воинам в годы Великой Отечественной войны. Однако в современной историографии его жизнь и деятельность остаются малоизученными. Возможно, это связано с тем, что многие его работы носили оборонный характер и были засекречены. Данная статья призвана в некоторой степени восполнить этот пробел, в основном касательно периода пребывания ученого в Перми.

Родился Василий Корнилович 12 (25) апреля 1895 г. в с. Абрамовка под Оренбургом в семье диакона. В девять лет поступил в Оренбургское духовное училище, где находился на полуказанном содержании, то есть получал бесплатно питание и жилье [1]. Поскольку его большая семья жила в нужде, родители не могли помогать сыну деньгами, и с 14 лет В.К. Модестов подрабатывал репетитором [2]. С 1911 по 1916 гг. он учился в Оренбургской духовной семинарии, однако дальше по духовной стезе не пошел, решив стать врачом. В 1917 г. Василий Корнилович поступил в ближайший, недавно открытый Пермский университет (ПГУ). Из-за отсутствия вакантных мест первый год обучался на юридическом факультете и только в 1918 г. перевелся на медицинский факультет, который успешно закончил в 1923 г. [3].

Все студенческие годы совмещал обучение с работой в разных местах: был грузчиком на пристанях, лаборантом, санитарным инструктором, заведовал дезинфекционным отрядом, статистическим бюро города, санитарными пристанями и проч. Выбора не было – в 1918 г. умер отец и на содержании Василия Корниловича остались мать, два брата и сестра [2]. При этом молодой студент занимался и общественной деятельностью. Состоял председателем двух кооперативов – студенческого (при ПГУ) и кооператива высших учебных заведений, был завхозом медицинского факультета ПГУ и заведующим снабжением высших учебных заведений. Временами он занимал по 5-8 должностей. Это поразительное трудолюбие и чрезвычайная активность были визитными карточками Василия Корниловича на протяжении всей его жизни.

На последнем курсе он устроился лаборантом в кожно-венерологическую клинику проф. Глеба Владимировича Флейшера и после выпуска остался при ней на два года сверхштатным ординатором. Поскольку сверхштатным сотрудникам не платили, В.К. Модестов параллельно трудился заместителем санитарного врача водного транспорта и помощником старшего врача 1-й клинической больницы ПГУ (ныне Пермская краевая клиническая больница). С 1925 по 1929 гг. заведовал этой клиникой [3]. Вот, что значит в характеристике Василия Корниловича за 1926 г.: «Проявил себя хорошим администратором-организатором. Очень энергичный человек. Настойчив в стремлении улучшить дело в порученной ему управлению больнице» [1]. И действительно, за четыре года он значительно расширил материальную базу учреждения, организовав рентген-кабинет, физиотерапевтический кабинет и водолечебницу [3].

Остановливаясь на этом В.К. Модестов не хотел, его влекла наука. В 1928 г. он стал аспирантом при кафедре кожно-венерических болезней Пермского университета и под руководством её заведующего, проф. Моисея Абрамовича Розентула, окунулся в исследования кожных болезней и физиотерапии. Темой его кандидатской диссертации стало применение радоновых ванн в терапии, что относилось к новому направлению в медицине – радиобальнеологии (сформировалась к 1920-м годам) [4]. Этот метод предусматривал воздействие на организм человека радиоактивной минеральной воды, обогащенной радоном. Однако из-за большой занятости на работе и болезни (летом 1929 г. перенес крупозную пневмонию) вовремя написать диссертацию Василий Корнилович не смог. Несмотря на это, по завершении аспирантуры в 1931 г. он был оставлен ассистентом при кожно-венерологической клинике Пермского медицинского института (ПГМИ), заведовал её физиотерапевтическим отделом, а через год стал доцентом по курсу физиотерапии. С 1934 г. вел авторский факультативный курс по физиотерапии кожных и венерических болезней [3].

В 1930-е годы на Урале шло становление курортного дела, В.К. Модестов сыграл важную роль в этом процессе. В 1931 г. в Свердловске был создан Уральский филиал Государственного центрального института курортологии (позже стал самостоятельным научно-исследовательским учреждением). Не желая оставаться в стороне, пермские курортологи организовали при нем в 1934 г. собственное (пермское) отделение, которое Василий Корнилович и возглавил. Под его руководством была проделана большая работа по изучению курортных и внекурортных факторов Пермской области. Также В.К. Модестов принял активное участие в судьбе двух крупнейших санаториев Прикамья – «Ключи» и «Усть-Качка».

Санаторий «Ключи» располагается в Суксунском районе Пермского края и является одним из старейших на Урале. Первая водолечебница появилась здесь ещё до революции, в 60-е годы XIX века. В 1929 г. в связи с передачей курорта Пермскому Горздраву, шла его реорганизация и временным директором назначили Василия Корниловича. Отмечая высокую ценность сероводородных источников курорта, он настоял на более высоком его статусе в качестве лечебницы областного значения. В результате «Ключи» передали Управлению курортами Уральской области и выделили средства на расширение его инфраструктуры. При В.К. Модестове был значительно увеличен жилой фонд курорта, переоборудована столовая, купальный зал и машинное отделение, набран квалифицированный медицинский персонал [5].

Что касается Усть-Качки, то история этого курорта начинается с 1934 г., когда под Краснокамском (недалеко от Перми) был обнаружен богатый комплекс сероводородных источников. Первые лабораторные исследования Краснокамской воды, проведенные Ю.Г. Кобяком, выявили очень высокий уровень содержания общего сероводорода (900-1000 миллиграмм на литр) [6]. Василий Корнилович доложил об этом на заседании Пермского городского совета (он был членом его правления), а затем отправился в Москву к Наркому здравоохранения РСФСР Г.Н. Каминскому просить о создании близ Краснокамска нового курорта [3]. Просьбу быстро удовлетворили. В 1935 г. специальная комиссия Наркомздрава, куда вошел и В.К. Модестов, отправилась на поиски места под его строительство. Таковым стали окрестности небольшого села Усть-Качка. Уже весной 1935 г. здесь появился небольшой санаторий с двумя ванными, комнатами отдыха и лабораторией, который в последующем превратился в общесоюзную здравницу. В первые годы существования санатория Василий Корнилович был одним из его научных консультантов. Совместно с известным пермским курортологом П.А. Ясницким в 1935 г. он провел исследования терапевтических свойств Усть-Качкинской сероводородной воды, доказал их эффективность при воспалительных процессах в суставах, некоторых сердечнососудистых и кожных заболеваниях [6].

В целом, ученый много внимания уделял местным бальнеологическим ресурсам. В своей работе «Обследование курортных факторов на Урале» он описал 65 минеральных источников, где, в перспективе, можно было организовать бальнеолечебницы [4]. Кроме Усть-Качкинской воды, он подробно изучил сероводородные источники у пос. Огурдино (недалеко от г. Усолье), йодобромные источники близ пос. Верхнечусовские городки и сероводородные воды курорта «Ключи» [3].

В рамках научной деятельности В.К. Модестов продолжил клинические опыты с радиоактивной водой. В 1933 г. побывал в Санкт-Петербургском радиовом институте и в Московской радиовой лаборатории проф. В.И. Баранова, в 1934 г. посетил специальную лабораторию проф. А.Н. Огильви при Бальнеологическом институте в Пятигорске. В.К. Модестов экспериментально исследовал влияние радоновых ванн на капилляры, митогенез кожи и крови, показал их благотворное влияние на сердечнососудистую и нервную системы [7]. Одним из первых предложил заменить ванны с природной радиоактивной водой на искусственные, где инертный газ радон разводится в воде до нужной концентрации [3]. Вообще Василий Корнилович был сторонником применения искусственных ванн в бальнеотерапии, справедливо указывая, что далеко не у каждого есть возможность посещать курорты и пользоваться природными минеральными водами. Вместе со своими коллегами-клиницистами, П.А. Ясницким, М.А. Розентулом, К.Л. Голшмидом, В.П. Первушиным, он изучал терапевтический эффект искусственных сероводородных, углекислых ванн и ванн с серебряной водой при внутренних, нервных и кожных заболеваниях [8].

Признавая значимость научных исследований В.К. Модестова, в 1935 г. квалификационная комиссия ПГМИ присвоила ему степень кандидата медицинских наук без защиты диссертации и окончательно утвердила в звании доцента. В 1940 г. он защитил докторскую диссертацию по теме «Пути проникновения сероводорода в организм и дальнейшая его судьба» в Ленинградском институте усовершенствования врачей им. С.М. Кирова. Через два года стал профессором кафедры пропедевтики внутренних болезней ПГМИ по курсу физиотерапии. К 1942 г. ученый написал 35 научных работ [3].

В 1935-1936 гг. В.К. Модестов руководил строительством нервно-терапевтического корпуса Пермской краевой клинической больницы, где организовал и возглавил показательное физиотерапевтическое отделение, с самым современным оборудованием. С началом Великой Отечественной войны в этом корпусе разместился большой эвакогоспиталь (ЭГ) №3149 на 800-1000 коек. Он предназначался для раненых с черепно-мозговыми травмами и повреждениями спинного мозга и периферических нервов. Когда встал вопрос о начальнике для ЭГ №3149, кандидатура Василия Корниловича, опытного управленца, была принята без колебаний. Он успешно руководил госпиталем

с августа 1941 до 1943 г. За выдающиеся заслуги в деле лечения раненых бойцов и образцовую работу в эвакуогоспитале Указом Президиума Верховного Совета СССР В.К. Модестов был награжден орденом Красной Звезды, Наркомом здравоохранения СССР – значком «Отличнику здравоохранения» [3].

В годы войны Василий Корнилович проявил себя и как талантливый изобретатель. Одной из серьезных проблем была нехватка перевязочных средств и лекарств. Ученый предложил использовать вместо ваты целлюлозу, производимую бумажными комбинатами региона. Разработал метод извлечения и отчистки марли из гипсовых повязок, метод изготовления мази Вишневого на турбинном масле [3; 9]. Широкое распространение в армии получили созданные В.К. Модестовым специальные антисептические пакеты, пропитанные йодобромной водой. Они предотвращали развитие инфекции в ране, способствовали её заживлению. Только с ноября 1941-го по июнь 1942 года для эвакуогоспиталей Прикамья было изготовлено около 300 тысяч таких пакетов [10]. Также использовались предложенные ученым химические стельки и носки из особой бумаги для профилактики обморожений, глиняное мыло, комбинированный порошок «М» дезинсекционного действия и проч. В 1942 г. за эти важные рационализаторские предложения в деле оказания помощи раненым и больным войнам Василий Корнилович был удостоен Наркомздравом СССР звания «Заслуженный врач РСФСР» и получил премию в 2000 руб. [3].

В 1944 г. В.К. Модестов приказом Наркомздрава СССР был переведен на более ответственную должность директора Института курортологии и физиотерапии им. И.В. Сталина в г. Сочи. Он навсегда покинул Пермь, где прожил почти 30 лет. В дальнейшем из Сочи профессор переехал в Москву, работал в Центральном институте усовершенствования врачей (ЦИУВ), где в 1951 г. создал и возглавил кафедру медицинской радиологии. Он стал одним из основоположников этого нового направления в России. Под его руководством в 1950-1960-е гг. коллектив кафедры изучал возможности радиоизотопной диагностики. Сам В.К. Корнилов рассматривал применение радиоактивных изотопов в терапии [11,12]. Параллельно был деканом терапевтического факультета ЦИУВ и заместителем министра здравоохранения РСФСР. Скончался Василий Корнилович в 1969 г.

Литература

1. Государственный архив Пермского края (ГАПК). Ф. р-122. Оп. 2. Д. 123. Л. 2, 4.
2. ГАПК. Ф. р-132. Оп. 1. Д. 963. Л. 2.
3. Архив Пермского государственного медицинского университета им. ак. Е.А. Вагнера. Д. 260. 158 л.
4. ГАПК. Ф. р-790. Оп. 1. Д. 1535. Л. 3-4.
5. Модестов В. К. Описание курорта «Ключи» и перспективы его развития // Пермский медицинский журнал. 1932. №5-6. С. 69-70.

6. Сидоров В. В., Меркулов В. С. Усть-Качка. Уральская Магиста. М., 1995. С. 9-10, 15, 26-27, 72.

7. Модестов В. К. Применение в бальнеотерапии естественных и искусственных радиоактивных вод // Труды ПГМИ. 1941. Вып. 20. С. 1-112.

8. Сборник работ Пермского отделения Уральского филиала Центрального института курортологии. Пермь: Тип-я изд-ва «Звезда», 1934.

9. Корюкина И. П., Подлужная М. Я. Очерки становления и развития Пермской государственной медицинской академии. – Пермь: ГОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава, 2006. С. 30.

10. Трудовой подвиг медицинских работников Пермской области в годы ВОВ [электронный ресурс]. URL: <http://history.milportal.ru/2014/08/trudovoj-podvig-medicinskix-rabotnikov-permskoj-oblasti-v-gody-velikoj-otechestvennoj-voyny> (дата обращения: 16.08.2017).

11. Иванов И. И., Модестов В. К., Штуккенберг Ю. М. и др. Радиоактивные изотопы в медицине и биологии. М.: Медгиз, 1955. 232 с.

12. Модестов В.К., Козырева А.Л., Клячко В.Р. Лечебное применение радиоактивных изотопов (P^{31} и P^{32}). М.: Медгиз, 1964. 166 с.

К 150-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ГЕРОЯ ТРУДА Ф. Г. ФАРМАНОВА

Т. А. Левина

Астраханский государственный медицинский университет

TO THE 150TH ANNIVERSARY OF THE BIRTH OF HERO OF LABOR F.G. FARMANOV

T. A. Levina

Astrakhan State Medical University

Аннотация: статья посвящена биографии Ф. Г. Фарманова.

Ключевые слова: Федор Фарманов, врач, зубоврачебная помощь.

Abstract: the article is devoted to the biography of F.G. Farmanov.

Key words: Farmanov, doctor, dental care.

Одним из выдающихся астраханских армян-интеллектуалов конца XIX и первой половины XX веков, вошедших в когорту известных деятелей врачевания, оставивших неизгладимый след на Астраханской земле, является Федор Григорьевич Фарманов (1867-1944), врач-стоматолог, создатель медицинских школ в Астрахани, организатор санитарного надзора, среднего и высшего медицинского образования, первый заведующий кафедрой одонтологии АГМИ, имя которого увековечено.

Федор Григорьевич Фарманов (Теодорос Григорьевич Фарманянц) родился 10 марта 1867 года в семье армянских мещан, вырос в трудовой семье. После окончания в 1886 г. городской приходской школы, затем Астраханской

армянской гимназии поступил на естественное отделение физико-математического факультета университета в Санкт-Петербурге, затем перевелся на медицинский факультет Казанского университета (Левина, Жильцова 2017: 249). Принимал участие в революционной деятельности вместе с юным В.И. Ульяновым и в 1887 г. за участие в студенческих волнениях был вынужден на 1 год покинуть университет. Это была историческая сходка, в которой приняли участие трое армян: Теодорос Григорьевич Фарманянц (Ф.Г. Фарманов), Оганес Галустович Курдян (И.Г. Курдов), Петрос Исаевич Мельникянц (П.И. Мельников). Все они являлись уроженцами г. Астрахани, где веками существовала армянская колония, игравшая большую экономическую и культурную роль в истории армянского народа и Нижнего Поволжья (Закарян 1987).

В 1892 г. Ф. Г. Фарманов в качестве врача участвовал в ликвидации эпидемии холеры в Астраханской губернии. Медицинское обучение он окончил в 1893 году и получил диплом врача.



В 1893 г. Ф. Г. Фарманов вернулся в Астрахань, где посещал хирургическое и терапевтическое отделения Астраханской Объединенной больницы, работал в амбулатории, был врачом на Синеморских промыслах в Красноярском уезде. С 1894 года бесплатный школьный врач Астраханского Агабабовского училища и проработал на этой должности по 1918 г.

Успешной научной и практической деятельности Фарманова предшествовала серьезная подготовка. В 1895 г. был направлен на специализацию по стоматологии в г. Санкт-Петербург. Его наставниками были известные профессора-стоматологи Военно-Медицинской Академии П.Ф. Федоров и А.К. Лимберг. В Санкт-Петербурге Ф. Г. Фарманов обучался протезной зубоорудной технике, совершенствовал практические навыки в стоматологических кабинетах различных учреждений, исполнял обязанности ассистента, помогал проводить клинические занятия. Одновременно совершенствовал свои знания по оториноларингологии у профессоров Симановского, Никити-

на, Окунева, также прошел специальный курс инфекционных болезней у доктора Рауфхуса, а так же курс детских болезней под руководством профессора Быстрова. Несколько раз проходил усовершенствования в Москве, Казани, Берлине. Стажировался в клиниках немецких профессоров-стоматологов: Закса, Брандта, Голденберга, Веланера, Зелинского, Альфреда Корбитца.

Начиная с 1904 г. Фарманов руководил организацией Астраханского зубоорудного общества, и долгие годы был его бессменным председателем.

С 1894 по 1919 гг. Ф. Г. Фарманов был членом правления «Общества астраханских врачей», систематизировал библиотеку Общества. Долгие годы состоял в астраханском отделении «Кассы взаимопомощи врачей».

В 1906 году Федор Григорьевич принял участие в создании Астраханской фельдшерско-акушерской школы (позднее Астраханский медицинский техникум).

О высоком авторитете Т. Фарманянца свидетельствует тот факт, что в период посещения Астрахани в 1911 году выдающимся физиологом И.И. Мечниковым, он принимал участие во встречах с великим ученым и сопровождал его при ознакомлении с врачебным делом в городе и крае. В семье Фармановых хранится письмо И. И. Мечникова к Ф. Г. Фарманову с просьбой принять на обучение жительницу из бедной семьи из Енотаевского района.

Во время I-ой Мировой войны состоял ординатором Астраханского лазарета, а также до демобилизации был старшим врачом запасного полка. Во время Гражданской войны оказывал врачебную помощь раненым красноармейцам.

11 февраля 1918 г. на заседании педагогического совета фельдшеров и акушеров был избран директором школы. Был преподавателем оториноларингологии, стоматологии, гигиены и латинского языка.

В 1918 г. участвовал в организации Губернского отдела народного здравоохранения. В апреле 1918 г. по инициативе и энергичном участии Ф.Г. Фарманова была выработана программа и организован Астраханский Губернский съезд здравоохранения, на котором решались вопросы по оказанию населению специальных видов медицинской помощи, где Фарманов выступил с докладом об организации бесплатной зубоорудной помощи трудящимся города и губернии. Все тезисы выше озвученного доклада были претворены в жизнь.

Осенью 1918 года на Коллегии Астраханского Наркомздрава Ф.Г. Фарманов представил проект организации зубоорудной помощи учащимся г. Астрахани и как результат – была открыта одна из первых в СССР школьная врачебная амбулатория на 8 кресел.

В начале 1918 года Фарманов был избран заместителем председателя и начальником штатного отдела Комиссариата народного здравия, активно участвовал в организации Союза Медсантруд.

В начале 1919 г. Фарманов принял заведование амбулаторией, особое внимание, уделяя профилактике заболеваний полости рта, плановому проведению осмотра учащихся, а также культурно-просветительской работе.

С начала 1919 г. состоял в комиссии Астраханского университета по организации медицинского факультета и тогда же был избран членом Совета университета, а с 1920 – стал членом Совета медицинского факультета, приняв активное участие в организации всех 5 курсов факультета, а после и медицинского института. В 1920 г. Фарманов в связи с поручением медицинского факультета Астраханского университета организовать кафедру одонтологии был вынужден оставить заведование амбулаторией.

Свою основную работу, начиная с 1918 года – заведование фельдшерско-акушерской школой, Фарманов успешно совмещал с преподаванием латинского языка в должности старшего преподавателя.

В апреле 1919 г. по поручению Чрезвычайной Санитарной Комиссии по борьбе с эпидемиями при Реввоенсовете XI Красной Армии и Каспийской флотилии, организовывает курсы дезинфекторов для студентов Астраханского университета и заведует ими. Им было обучено около 150 санитаров-дезинфекторов.

Также он способствовал скорейшему выпуску медицинских работников медицинского факультета для нужд Красной Армии.

В августе 1920 г. был избран и утвержден заведующим кафедрой стоматологии в звании доцента. До 1927 года кафедра располагалась в помещении детской стоматологической поликлиники.

В марте 1920 г. по поручению Губернского отдела здравоохранения организовал первую в СССР фармацевтическую школу, преобразованную позднее в техникум.

В 1921 г. участвовал в организации Научного общества клинической и теоретической медицины при Астраханском медицинском институте. В 1923 году фельдшерско-акушерский техникум усилиями Ф.Г. Фарманова был реорганизован в Астраханский медицинский техникум. В 1928 году под его эгидой были организованы курсы зубных сестер.

В 1927 году Ф. Г. Фарманов избран почетным членом Одонтологического общества.

В 1927-1928 г. по приглашению Ф.Г. Фарманова доктором Эйбером, преподавателем рентгенологии Государственного института стоматологии (г. Москва) проводились лекции по рентгенологии полости рта. С ноября 1928 г. Фарманов являлся представителем Главпрофотбора в Ревизионную комиссию при Астраханском медицинском институте.

В 1928-1929 г. по предложению Российского Общества Красного Креста он организовал 6-тимесячные курсы сестер запаса для нужд военного времени. В 1928 г. Фарманов организовал платный прием пациентов по протези-

рованию. Из заработанных денег 4000 рублей было отчислено на культурно-бытовые нужды студентов.

В 1930 г. кафедра стоматологии, возглавляемая Ф.Г. Фармановым, получила грамоту специальной комиссии Астраханского медицинского института, как одна из лучших кафедр за ударный труд.

Фарманов с 1894 г. являясь членом попечительских советов Армянского 4-х классного училища, Агабабовского училища, состоял 25 лет бесплатным врачом, оказывая безвозмездную медицинскую помощь пациентам Армянского инвалидного дома.

Федор Григорьевич был постоянным участником научных съездов, симпозиумов, конференций в области стоматологии, как за рубежом, так и в СССР. Организатор многих научных и общественных мероприятий в Астраханской области, всецело поддерживая международное сотрудничество. В 1924 г. в Москве на конференции по фармацевтическому образованию он выступил с докладом «О реформах среднего фармацевтического образования». Тезисы доклада были предварительно представлены на Астраханской губернской конференции аптечных работников в Совете Астраханского фармацевтического техникума.

В 1936 г. Президиумом ВЦИК за выдающуюся полезную врачебную деятельность, а также учитывая активное участие в гражданской войне и 43 летний трудовой стаж, Федор Григорьевич Фарманов, первый из астраханских врачей, был награжден званием Героя Труда. Грамота подписана председателем Центрального Исполнительного Комитета СССР М.И. Калининым (Курьшева 2007: 205).

В 1937 г. по просьбе Астраханского аптекоуправления Ф.Г. Фармановым были организованы курсы провизоров.

Фарманов был женат, воспитывал дочь и сына. Федор Григорьевич был всесторонне развитым, эрудированным человеком, общественным деятелем, по воспоминаниям студентов очень скромным и мягким человеком (Горбунов: 43). Помимо родного армянского языка в совершенстве владел французским, латинским, греческим языками, несколько хуже немецким и татарским. Последние годы жизни он был преподавателем латинского языка в медицинском институте.

К сожалению, Федору Григорьевичу не суждено было застать великую Победу Советского Союза во II-ой Мировой войне. Он умер 26 декабря 1944 г., оставив о себе добрую память.

Сын Ф. Г. Фарманова – Александр Федорович по образованию врач, остался во время эвакуации в Куйбышеве, и рано ушел из жизни.

Дочь Федора Григорьевича, Эвелина Федоровна Фарманова работала внештатным работником хирургического отделения больницы им. 5-летия Советской медицины (ныне, городская клиническая больница №2 им. братьев Губиных), была председателем Астраханского отделения Российского Об-

щества Красного Креста, депутатом астраханского Городского Совета семи созывов, была заместителем председателя, председателем астраханского Горздравотдела, неоднократно избиралась председателем местной профсоюзной организации. За активную трудовую деятельность неоднократно отмечалась грамотами, благодарственными письмами, награждалась премиями. 19 апреля 1951 г. Президиумом Верховного Совета за выдающиеся заслуги в области народного здравоохранения Эвелине Федоровне Фармановой было присвоено звание Заслуженного врача РСФСР.

Славные традиции семьи Фармановых продолжил внук Федора Григорьевича – Георгий Рафаилович Бухарцев. Он работал хирургом в больнице №3 им. С.М. Кирова, а также преподавал в Астраханском базовом медицинском колледже. Правнук Федора Григорьевича – Константин Григорьевич Бухарцев также выбрал своим призванием медицину, работает фтизиохирургом в областном клиническом противотуберкулезном диспансере.

150-й день рождения Ф.Г. Фарманова торжественно отметили в Астраханском государственном медицинском университете вместе с представителями медицинской общественности и родными нашего коллеги. Ректор Астраханского Государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор Галимзянов Х.М. вручил диплом медицинской династии семье Фармановых и высказал общее мнение присутствующих об увековечивании имени Героя труда Ф. Г. Фарманова на мемориальной доске (Левина 2017: 7).

Квартира по улице Чалабяна, в доме №1, была предоставлена Ф.Г. Фарманову Президиумом Городского Совета города Астрахани пожизненно. В этой квартире живет и сегодня медицинская семья династии Фармановых (5 поколений), продолжая отдавать свои сердца на благо здоровья горожан.

Обстановка в квартире сохранена и заботливо поддерживается хозяйкой дома, женой его внука Риммой Андреевной Бухарцевой, врачом акушер-гинекологом, много лет возглавлявшей женскую консультацию Центрального родильного дома города Астрахани. В этом доме вполне можно организовать музей-квартиру Ф. Г. Фарманова.

Было бы хорошо присвоить имя знаменитого астраханца Базовому медицинскому колледжу или стоматологическому факультету Астраханского государственного медицинского университета. Но это в будущем. А в эти дни, в год юбилея губернии, на фасаде здания по улице Чалабяна, дом №1 состоится торжественное открытие мемориальной доски.

Учитывая заслуги нашего земляка – армянина по происхождению, Астраханское региональное общество Армянской культуры «АРЕВ» (председатель Правления, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой Астраханского государственного медицинского университета С.А. Зурнаджан) взяло на себя все расходы по изготовлению, установке и торжественному открытию мемориальной доски Герою труда Федору Григорьевичу Фарманову.

УЧЕНЫЙ, ОПЕРЕДИВШИЙ ВРЕМЯ

Р.Т. Нигматуллин

*ФГБУ «Всероссийский центр глазной и пластической хирургии»
Министерства здравоохранения Российской Федерации*

О.С. Соколова

ГБУЗ «Городская клиническая больница №10 г.Уфа»

THE SCIENTIST WHO WAS AHEAD OF HIS TIME

R. T. Nigmatullin

*FSBI «All-Russian Eye and Plastic Surgery Center» of the Russian Federation
Health Ministry;*

O.S. Sokolova

SBHI «Clinical Hospital №10 of the Ufa

Аннотация: В статье описывается вклад доктора медицинских наук И.А. Голяницкого в разработку теоретических и клинических аспектов трансплантации тканей. Показан приоритет русского ученого в формировании концепции регенеративной хирургии. Проводится анализ экспериментально-морфологических исследований по пересадке различных видов тканевых трансплантатов, выполненных И.А. Голяницким на базе кафедры госпитальной хирургии Саратовского университета в период с 1917 по 1922 годы. Отмечается вклад исследователя в разработку методов трансплантации тканей при хирургическом лечении различных поражений головного мозга.

Annotation. The article reports on the contribution of the doctor of medical sciences I.A. Golyanitsky to the development of theoretical and clinical aspects of tissue transplantation. The priority of the Russian scientist in the formation of the concept of regenerative surgery is shown. There is analyzed the experimental and morphological studies on the transplantation of various types of tissue grafts, performed by I.A. Golyanitsky on the basis of the Department of Hospital Surgery of Saratov University in the period from 1917 to 1922. The contribution of the researcher to the development of tissue transplantation methods in the surgical treatment of various brain lesions is noted.

Ключевые слова: трансплантация тканей, нейрохирургия, регенеративная хирургия.

Key words: tissue transplantation, neurosurgery, and regenerative surgery

Одной из ярких страниц в истории медицины является зарождение и развитие современной трансплантологии с ее важнейшей сферой – теорией и практикой тканевых пересадок. В нашей стране и за рубежом хорошо известны исследования Н.И. Пирогова, В.П. Филатова, С.И. Спасокукоцкого, С.С. Юдина в области трансплантации тканей и пластической хирургии.

9. Трансплантат несет необычную для себя функцию или не функционирует

10. Трансплантату функция непосильна

11. Трансплантат не переносит

а) нарушения питания

б) инфекцию.

За последующие годы лишь отдельные позиции сформулированной автором концепции претерпели незначительные изменения. Не это ли пример скрупулезного научного труда, который уже в те годы вывел отечественную службу трансплантации тканей на передовые позиции. Фактически речь идет о первой в истории российской медицины монографии по тканевой трансплантации.

Но главная ценность исследований не только в разработке различных видов трансплантатов и методов их пересадки. За трансплантацией тканей ученый разглядел гораздо большее. Для объективной оценки изданного фолианта необходимо вспомнить общепринятый в XIX веке, да и в начале XX века основной концептуальный подход в трансплантологии – пересадка с заместительной целью. На данном этапе развития медицинской науки трансплантат рассматривался как биологический материал, замещающий дефект в организме или части тела. Сама хирургическая операция при этом преследовала единственную цель – восполнить объемный дефект в конкретной анатомической области. Поэтому данный период в развитии тканевых пересадок мы условно назвали этапом заместительной трансплантационной хирургии (Нигматуллин 2003).

В развитие заместительного этапа трансплантационной хирургии значительный вклад внесли многие российские исследователи. Так, приоритет в использовании свободной пересадки кости для замещения дефекта нижней челюсти принадлежит московскому хирургу В.М. Зыкову (1900). Также в орбите заместительной хирургии следует рассматривать предложение отечественных стоматологов по пересадке зубов (Мирский 1985). К.М. Сапежко (1886) начал производить трансплантацию слизистой оболочки губы для замещения дефекта конъюнктивы. Первоначально в эксперименте, а затем в клинике. Ю.Р. Пенский (1893) впервые произвел пересадку суставов с целью замещения патологически измененных диартрозов.

Однако вершины хирургической техники с помощью различных видов трансплантатов достиг Н.И. Пирогов. Его монография «О пластических операциях вообще и ринопластике в особенности» (1835) стала настольной книгой для целого поколения трансплантологов и пластических хирургов. Костнопластические операции на конечностях, также разработанные Н.И. Пироговым, составили славу отечественной трансплантологии.

Все указанные экспериментальные исследования или выполненные в клинике операции относятся к реконструктивной хирургии, где трансплантат использовался как биопластический материал. И труды Н.И. Пирогова в этом смысле являют собой высшее достижение трансплантационной техники, выполняемой с заместительной целью.

Труды И.А. Голяницкого подняли на новую ступень саму парадигму трансплантологии – им впервые описан феномен регенерации со стороны тканевого ложа. Именно поэтому технологию трансплантации тканей он определил как регенеративную хирургию. А это уже был новый шаг в отечественной и мировой медицинской науке.

В последующем многие исследователи развивали идеи И.А. Голяницкого, рассматривая трансплантацию именно в аспекте регенеративной хирургии. Так, основатель одного из первых в Европе тканевых банков R. Klen (1961), исследуя биологическую активность трансплантатов, указал на стимуляцию репаративных процессов со стороны тканевого ложа. Подобные трансплантаты он относил к аллостатическим. Данное направление получило дальнейшее развитие в трудах сотрудников ЦИТО им. Приорова и тканевого банка, многие годы руководимого доктором медицинских наук М.В. Лекишвили.

Рассматриваемый этап регенеративной трансплантационной хирургии явился закономерным результатом накопления многочисленных научных фактов, полученных еще в XIX веке. Так, в нашей стране Е.И. Богдановский (1861) один из первых произвел опыты гомотрансплантации костей и сформулировал основные требования к подобным операциям. Анализ научных исследований, выполненных в те годы, показывает, что именно в России были проведены эксперименты по регенерации костной ткани при аллотрансплантации (Мирский 1985).

Однако приведенные примеры по изучению регенерации тканей при трансплантации представляют собой разрозненные научные факты, не объединенные общей научной платформой. И только в приведенных трудах И.А. Голяницкого идея регенеративной хирургии сформулирована как научная концепция.

В то же время, клиническая практика оказалась не готовой к восприятию новой идеи. И связано это, прежде всего, с отсутствием адекватных методов консервации, хранения и морфологического тестирования трансплантатов. В результате научные изыскания, на многие годы опередившие свое время, не получили широкого распространения в клинической практике. И только небольшой раздел представляемой монографии И.А. Голяницкого посвящен опыту клинического применения трансплантатов. В частности, автор описывает случаи успешной трансплантации жирового биоматериала при объемных процессах головного мозга и травмах свода черепа.

К сожалению, в то время не было возможности широко реализовать в клинике полученные И.А. Голяницким экспериментальные данные. Прошли годы, и его научные взгляды получили дальнейшее развитие. Так, в трудах Э. Мулдашева и его научной школы обоснована серия новых биоматериалов Аллоплант, на основе которых разрабатывается современная технология регенеративной медицины, которая широко используется в клинической практике (Мулдашев 2014).

Представляя инновационные исконно российские биоматериалы в стране и зарубежом проф. Э. Мулдашев, как правило, начинает свои лекции с трудов доктора И.А. Голяницкого, представляя его как одного из основоположников современной трансплантологии. Уместно отметить, что в числе изготавливаемых в тканевом банке Аллоплант есть и биоматериалы на основе жировой клетчатки. И более того, по инициативе нейрохирургов отработаны технологии трансплантации биоматериалов Аллоплант при объемных процессах в полости черепа (Зайтов 2007). Другими словами, первые клинические опыты И. Голяницкого по трансплантации тканей в нейрохирургии сегодня нашли свое воплощение и доведены до широкой клинической практики.

К сожалению, судьба Ильи Алексеевича сложилась непросто. В 1937 году по абсолютно ложному обвинению его отстраняют от преподавательской работы в Дальневосточном медицинском университете (Бойко 2008). Он переезжает в Москву, где долго не может трудоустроиться и следы его теряются в трагические для страны годы. Мы не смогли найти сведений о том, где и когда закончил свой жизненный путь замечательный русский ученый, явно опередивший свое время. Известно только, что все годы своей профессиональной деятельности он продолжал активно разрабатывать теоретические и клинические аспекты тканевой трансплантации.

По нашему глубокому убеждению имя И.А. Голяницкого незаслуженно предано забвению. Так, историкам медицины и специалистам трансплантологам широко известен труд М.Б. Мирского «История отечественной трансплантологии» (1985). Остается только удивляться, что там не нашлось места для одного из столпов именно отечественной службы трансплантологии. Его имя не значится и в числе учеников проф. С.И. Спасокукоцкого на сайте Саратовского медицинского университета.

Авторы настоящей статьи уверены, что пришло время вернуть медицинскому сообществу имя И.А. Голяницкого – ученого, намного опередившего свое время и заложившего основы службы трансплантации тканей.

Литература

1. Бойко Т.А. История Дальневосточного государственного медицинского университета в биографиях сотрудников. К 150-летию Хабаровска / Под ред. проф. В.П. Молочного. – Хабаровск: Издательство ГОУ ВПО Дальневосточный государственный медицинский университет, 2008. – 352 с.

2. Голяницкий И.А. Пересадка тканей. – Астрахань. -1922. – 160 с.
3. Зайтов И.М. Профилактика послеоперационных осложнений при хирургическом лечении больных с опухолями хиазмально-селлярной области: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Уфа, 2007. – 22 с.
4. Нигматуллин Р.Т. Очерки истории трансплантации тканей. – Уфа, полиграфкомбинат. – 2003, – 160 с.
5. Мирский М.Б., История отечественной трансплантологии. М: «Медицина». 1985. – 240 с.
6. Регенеративная медицина. Биоматериалы Аллоплант в офтальмохирургии / Под общей редакцией проф. Э.Р. Мулдашева. // ГУП «Государственное республиканское издательство «Башкортостан». – Уфа. – 2014. – 432 с.

БЕЗ НАСТАВНИКА НЕ СТАТЬ НАСТОЯЩИМ УЧЕНЫМ

Л.Н. Николаевна Величковска

Чувашский государственный медицинский университет

WITHOUT A MENTOR, DO NOT BECOME A PRESENT SCIENTIST

L.N. Nikolaevna Velichkovska

Chuvash State Medical University

Аннотация: Дина Семеновна Гордон – учитель многих специалистов и основатель научного направления – люминесцентной гистохимии биогенных аминов в иммуногенных и неиммуногенных органах в Чувашии. Эволюция ее собственных исследований позволила создать целую научную школу уже в третьем поколении.

Abstract: Dina Semenovna Gordon is a great teacher and the founder of the scientific direction – luminescent histochemistry of biogenic amines in immunogenic and nonimmunogenic organs in Chuvashia. The evolution of her own research has made it possible to create a whole scientific school in the third generation.

Ключевые слова: учитель, гистология, биогенные амины, Фальк-Хиларп, серотонин, хронический пиелонефрит, антигены, научная школа.

Key words: Teacher, histology, biogenic amines, Falk-Hilarp, serotonin, chronic pyelonephritis, antigens, scientific school.

Русская медицина всегда была славна своей преемственностью. Кафедры истории медицины, современные доктора пока мало знают о тех корифеях, которые или благодаря которым, они получают образование или имеют возможность пользоваться различными методами диагностики и контроля лечения. Благородство и интеллигентность профессии врача испокон веков состоит в том, что это всегда квалифицированный, обладающий глубокой

культурой и общей эрудицией человек. Есть отдельно взятые представители этой плеяды докторов, и именно к таким людям можно смело отнести доктора медицинских наук, профессора, член-корреспондента Академии естественных наук Российской Федерации, почетный член Национальной академии наук и искусств Чувашской Республики, заслуженный деятель науки Чувашской Республики – Дина Семеновна Гордон [1,2].

Ее профессиональная одаренность, энциклопедические знания не могут оставить равнодушным никого. Она незаурядный и неординарный человек, остроумная, тонкая и мудрая, имеющая великолепную память, удивительный склад мышления и умение прощать. Учитель не только в науке, но и в жизни. И для меня – она пример, главным образом в профессии – ученый. Ее главное достижение – это подготовка огромного количества ученых и врачей, это эффективное использование своего профессионализма и работа, работа и еще раз работа – результат правильного приложения и применения умственных способностей. Ее труды всегда шли от ума и сердца. Гистология – это, в высшей степени, логическая дисциплина. Этой логикой не овладеть без учителя. Способность логически мыслить в наибольшей степени развивается под влиянием опытного наставника, неравнодушного, целеустремленного, желающего оставить после себя наследие в виде прекрасно подготовленных учеников, которые будут продолжать его дело. Многие, конечно, приходит с опытом, однако, я убеждена, что без наставника в науке, нельзя стать настоящим ученым.

Мне повезло познакомиться с Диной Семеновной Гордон еще до ее отъезда в Фрайбург, Германия, и с той поры дружить. У большинства современных профессоров нет ни потребности, ни времени заниматься с молодежью. Было бы проще «отмахнуться», чем уделить пару часов. Но чувство уважения и счастья возникло у меня в такой ситуации, и это было, я думаю, закономерным абсолютно. В любой момент и даже в любой ситуации можно было обсудить с ней разные вопросы и услышать мудрые наставления и советы.

Счастье – это биохимическая реакция, возникающая при выходе так называемых «гормонов счастья» – серотонина в кровь, что появляется, когда человек пребывает в гармонии с окружающим миром и самим собой: успехи в личной жизни и на профессиональном поприще, любимые хобби, хороший отдых, даже вкусная еда...

Эти составляющие и методы определения и исследования серотонина и биогенных аминов в тканях, положил начало не только науки для Д.С. Гордон, но и всей ее долгой жизни и нравственным примером в моей жизни.

Предыстория была таковой, что для исследования иннервации язычной миндалины в качестве кандидатской диссертации, Дина Семеновна, только что начинавшей свою карьеру в Ивановском медицинском институте в 70-х годах прошлого столетия, кроме серебрения нервных волокон в распоряже-

нии исследователя не было ничего. Как и строго предупреждения немецкого физиолога Абдергальдена, что в этой ткани нет нервных волокон вообще. Изменение «химизма» метода Бильшовского, принес небольшую удачу, нервные волокна и периферические ганглии были выявлены, и диссертация была успешно защищена, но чувство «незавершенности» Дину Семеновну не покидало, а забытый метод окраски метиленовым синим по Догелю с модификациями Шабадаша, позволил заглянуть в иннервацию собственно лимфоидной ткани. А публикации о качественном методе Гомори для холинергических и Фалька-Хиларпа – для адренергических нервных волокон, где они позволили определить наличие серотонина и норадреналина в смеси, показали новые горизонты проблемы [1,3].

Это был уже исходный фундамент кафедры гистологии, возглавляемой Диной Семеновной Гордон, для научного направления. Отвечая оппонентам, впоследствии была выявлена иннервация всех лимфоидных органов: загадочного органа - тимуса (Сергеева В.Е.), аппендикса (Зеленова И.Г.), надпочечников (Леонова Л.К.), сумки Фабрициуса птиц (Вышинский Ф.С.), красного костного мозга (Любовцева Л.А.), а также симпатических ганглиев (Михеева З.И.), нервных окончаний позвоночных (Басова И.В.), дополнительной окраской на тучные клетки и определена их связь с созреванием биогенных аминов (Бочкарев В.А.), что вылилось в особую ветвь исследования этим автором и его учениками уже в Германии, США (Бостон) и далее в Англии (Бред Форд) [3, с. 18].

Микрофлуориметр – прибор для количественного определения долей серотонина и норадреналина в светящихся по Фальку нервных волокнах, ознаменовал новый этап в исследованиях, как и освоение люминесцентного метода Кросса-Эвена-Роста, выявляющий гистамин [1].

Целый ансамбль дополняющих друг друга методов позволил перейти к количественному исследованию нейромедиаторов в элементах иннервации и в других структурах их содержащих в статических и в условиях различного иммунного статуса организма.

Так появился большой научный коллектив, научная школа из сотрудников кафедры, энтузиастов науки, студентов и клиницистов, врачей соискателей, одной из которых была я. Исследование этими методами помогало «разрешать» свои большие вопросы – Бирг Н.А. (гастроэнтерология), Шарипова О.В. (акушерство), Остроносорова Н.С. (пульмонология), мне – тогда еще Бельчусовой Л.Н. – (нефрология) [3, с. 124; 4]. В мою работу, как и проф. Артемьева Е.Г. (Чебоксары), проф. Санникова А.А. (Ижевск), она привнесла изюминку, ведь исследовать биогенные амины в клетках крови при обострении хронического пиелонефрита, было бы просто [5]. Но вот связать с работой почек и иммунным статусом и впоследствии обнаружить, что иммунодепрессант серотонин не позволяет пока достичь полной клини-

ко-иммунологической реабилитации [6, 7], помогла она, что и закончилось защитой моей кандидатской диссертацией в 2004 г.

Основным, что было и есть в Дине Семеновне – это умение привлечь, помочь создать атмосферу взаимного доверия и умения радоваться успехам товарищей. Поездка на съезды, защиты диссертаций – это всегда были домашними праздниками на кафедре [3].

Дина Семеновна стала организатором и руководителем нового научного направления – люминесцентной гистохимии биогенных аминов в иммуногенных и неиммуногенных органах (были сделаны описания носителей, их реакция на вещества и различные антигены – корпускулярный, растворимый и опухолевый) и ответ на попытки корригировать иммуногенез, их реакция на различные виды стресса [3, с. 19]. Также Дина Семеновна была назначена главным редактором сборника «Макро- и микроструктура тканей в норме, патологии и эксперименте», который выходит уже регулярно 21 год и стал международным [3, с. 44]. Здесь публикуются результаты работ и работ коллег – эмбриологов, гистологов, анатомов фармакологов. Внедрение в 1982 году математических подходов в медико-биологические исследования, многофакторного и корреляционного анализа, показали взаимосвязи по признаку обеспеченности биоамины нервных и ненервных структур лимфоидных органов в первые минуты и часы контакта организма с антигеном [3, с. 128; 9].

А потом пришло истинное признание... В 80-х Гордон Д.С. стала членом двух проблемных комиссий Российской академии наук «Специфическая и неспецифическая защита организма» и «Люминесцентный анализ в биологии и медицине» а также членом координационного совета по проблеме «Физиология иммунного гомеостаза». В 1991 г. ее выбрали членом-корреспондентом РАЕН РФ. В 1992 – почетным академиком Национальной академии наук и искусств Чувашской Республики. С 1993 – научные проекты выигрывают гранты по фундаментальным исследованиям. В 1999 году по инициативе открывается на медицинском факультете Чувашского государственного университета диссертационный совет К.064.15.11 по специальности 14.00.23 «Гистология, цитология и эмбриология» на соискание ученой степени кандидата наук [1, 10].

Ощущение постоянного поиска, взаимопомощи и доброжелательности, привлекали всегда на кафедру исследователей со всех регионов России, а тесные связи с коллегами – позволили быть постоянными участниками «Колосовских чтений» Петербургской военно-медицинской академии, конференций Москвы, Тюмени, Минска, Оренбурга, Кишинева [1, с. 50].

За заслуги Гордон Д.С. была награждена медалью «За доблестный труд, в ознаменовании 100-летия со дня рождения В.И. Ленина (1970), медалью Правления Советского фонда мира за активное участие в фонде, удостоена

множеством благодарственных грамот вуза, Министерства здравоохранения ЧР, Министерства высшего и среднего специального образования РСФСР (1982), почетным знаком «Герб Чувашского государственного университета им. И.Н. Ульянова» [1, 3].

Как было точно подмечено ею, что наука как небо, бескрайнее и бесконечное, на нем каждому найдется место [1, с. 120]. Научный потенциал, традиции в отношении к самостоятельным темам и новым направлениям необходимо сохранить на долгие годы. Необходимо иметь вкус ко всему.

Важное качество – спланировать вокруг себя людей, всесторонняя эрудиция, высокое служение науке, глубокая нравственная эрудиция и порядочность – вот этот свет не погаснет в душах ее учеников, заложенной когда-то Диной Семеновной. А большая ее школа развивается в нас и в наших учениках.

Литература

1. Гордон Д.С. Я в моем мире. Морфология в теории и практике: сборник материалов и тезисов (к 90-летию со дня рождения Д.С. Гордон). – Чебоксары: Изд-во Чуваш. Ун-та. – 2012. С. 6-129.
2. Меркулова Л.М. К юбилею учителя. Морфология в теории и практике: сборник материалов и тезисов (к 90-летию со дня рождения Д.С. Гордон). – Чебоксары: Изд-во Чуваш. Ун-та. – 2012. С. 133-134.
3. Гордон Д.С. Об истории, науке, учениках и любимой кафедре // Морфология в теории и практике. Чебоксары: Изд-во Чуваш. Ун-та, 2008. С.5-11.
4. Григорьев Н.Г. Гордон Дина Семеновна // Чувашская энциклопедия. Т.1 Чебоксары, 2006. С. 428.
5. Бельчусова Л.Н. Роль серотониновой системы в причинах иммунодефицита при хроническом пиелонефрите. /Л.Н. Бельчусова // Внутренние болезни – эксперименты, клинические исследования, практика. Материалы межрегиональной научно-образовательной конференции. – Чебоксары: ЧГУ, – 2013. – с. 34-36.
6. Николаевна Величковская Л.Н., Шумилова М.В. Особенности капиллярно-тканевых отношений биогенных аминов при хроническом пиелонефрите. / «Спешите делать добро» – материалы межрегиональной научно-практической конференции, посвященной памяти Саперова В.Н.- Чебоксары. – 2016. – с. 163-168.
7. Николаевна Величковская Л.Н., Тарасова Л.В., Газымов М.М. Участники иммунного ответа при хроническом пиелонефрите. / «Спешите делать добро» – материалы межрегиональной научно-практической конференции, посвященной памяти Саперова В.Н. – Чебоксары. – 2016. – с.168-174.
8. Бельчусова Л.Н., Гурьянова Е.А., Белова А.Н. Динамика иммунологических показателей крови в процессе терапии у больных хроническим пиелонефритом. /Вестник Чувашского университета. – Чебоксары. – 2012. – №3.– с. 304-309.
9. Гордон Дина Семеновна // Ученые России. Т. 3 М., 2007. С. 57.
10. Сергеева В.Е. К 85-летию со дня рождения Гордон Дины Семеновны // Здравоохранение Чувашии. 2007. №4. с. 91-96.

ЖИЗНЬ БОЛЬШОГО ХИРУРГА ЯКУТИИ. К 110-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ Г.М. КОКШАРСКОГО

Е.С. Павлова

*Государственное бюджетное учреждение Республики Саха (Якутия)
Научно-практический центр «Фтизиатрия»*

LIFEHISTORYOF G.M. KOKSHARSKY, YAKUTIA'S EMINENT SURGEON, ON THE 110TH ANNIVERSARY OFHIS BIRTHDAY

E.S.Pavlova

*StateBudget-FundedInstitution of the Sakha Republic (Yakutia)
Research and Practice Center for Tuberculosis*

Аннотация: Статья посвящена одному из наиболее известных и неординарных хирургов Якутии – Григорию Михайловичу Кокшарскому, которому в 2016 году исполнилось бы 110 лет. Описаны биографические данные, малоизвестные факты биографии – участие в борьбе с бандформированиями в 20-х годах XX века, служба судовым врачом, краткая характеристика диссертационного исследования по операции олеоторакс. Приведены фотодокументы из личного дела, фотографии.

Ключевые слова: Якутия, история медицины, хирург, туберкулез.

Abstract: The article is devoted to Grigory Mikhailovich Koksharsky, one of the most renowned and ingenious surgeons in Yakutia, whose 110th birthday anniversary we have celebrated in 2016. Along with biographical information, some relatively unknown facts from biography are highlighted, including his participation in the fight against armed gangs in the 1920s, and service in the position of a ship's doctor. Short review on Koksharsky's thesis research (on oleothorax) is cited. The article contains photographic documents from personal file and photographs.

Key words: Yakutia, history of medicine, surgeon, tuberculosis.

Григорий Михайлович Кокшарский родился 8 февраля (26 января) 1906 года в семье служителя культа в Западно-Кангаласском районе Якутской области (в настоящее время Хангаласский улус, Республика Саха (Якутия). Отец Михаил Семенович был священником и занимался земледелием, слыл человеком недюжинной силы, говорили, что мог сам вытащить застрявшую сенокосилку.

Начальное образование Григорий получил в церковно-приходской школе родного улуса, после окончания школы в 1920 году поступил в Якутский медицинский техникум. С начала учебы в медицинском техникуме зарабатывал на жизнь – и рабочим лесопильного завода, и слесарем мастерской потребительской кооперации. В 1923 г. стал членом союза Медсантруд, а в 1924 г. вступил в комсомол.

В ноябре 1924 года, приостановив учебу в медтехникуме, вступил в ряды Красной Армии и был зачислен бойцом комсомольского отряда частей особого назначения (ЧОК), через год назначен фельдшером 1-ого добровольческого отряда Амгинской группы войск под командованием легендарного героя гражданской войны Ивана Строда. Активно участвовал в ликвидации бандформирований генерала Пепеляева. Демобилизован летом 1925 г. по окончании военной кампании. Красный командир И. Строд писал о молодом девятнадцатилетнем бойце Григории Кокшарском: «Участвовал во всех боях, всегда на передовой, оказывал помощь раненым под оружейным огнем, чем завоевал симпатию красноармейцев и состава отряда. К своим обязанностям относился всегда добросовестно, беззаветно смело...».

Как только Григорий сдал экзамены за IV курс медицинского техникума, он был назначен Наркомздравом Якутской АССР в прибывшую из Ленинграда в Якутию комплексную экспедицию Академии наук СССР – Виллойский медико-санитарный отряд. В составе экспедиции Григорий Кокшарский обследовал население Виллоевского округа, выполнял обязанности лекгома, переводчика, сотрудника микробиологической лаборатории.

Работа в отряде была трудной и часто опасной. Из воспоминаний доктора Шрейбера С.Е.: «28 ноября 1925 года отряду пришлось съезжать с высокой горы по крутому и неровному спуску. После благополучного спуска 15 саней сидевший на последних санях Г. Кокшарский свалился в глубокий ров вместе с санями и лошадью. И, ударившись со всего размаха о ствол растущей на этом месте лиственницы, получил перелом бедра. Пострадавший был без предварительного осмотра (мороз был ниже 40 градусов) на большой скорости доставлен в ближайший населенный пункт...».



*Виллойский медико-санитарный отряд Якутской комплексной экспедиции АН СССР.
В центре – бактериолог Т.А. Колтакова, на коне – Г.М. Кокшарский (1926 г.)*

Во время работы экспедиции в г. Виллойске Г. Кокшарский получил среднее образование, сдав экстерном экзамены за вторую ступень школы. Вообще работа в экспедиции во многом определила его дальнейшую судьбу.

бу. По окончании работы в 1926 году вместе с экспедицией Григорий выехал в Ленинград поступать в 1-й Ленинградский медицинский институт, который закончил успешно в 1931 году. В 1926-1929 годах одновременно с учебой продолжал работу в Якутской комиссии Академии наук СССР – проводил камеральную обработку материалов экспедиции, составлял диаграммы, таблицы. Кроме получения научного опыта, это было еще и получение средств к существованию.

После окончания института в 1931 году вернулся в Якутию, работал в течение трех лет заведующим Черкехской больницы. За время работы Григорий Михайлович проявил себя как высококвалифицированный работник и хороший организатор. Работая в Таттинском районе, хорошо наладил работу районной больницы и вывел ее в число передовых медицинских учреждений республики. Их характеристики Г.М. Кокшарского, написанной народным комиссаром здравоохранения ЯАССР Любимовым П. – «...После окончания института направлен заведующим районной больницы, где с первого дня, не считаясь с тратой энергии, во всякое время дня и ночи обслуживал все вызова по району, принимал больных в амбулатории и лечил в стационаре, будучи единственным врачом в районе... Тов. Кокшарский организовал подписной лист и быстро собрал большое количество средств, на которые провёл капитальный ремонт в больнице, организовал хорошо оборудованную операционную, приобрел необходимый инвентарь. Слава о молодом и талантливом хирурге разнеслась по всем заречным районам. К нему стали приезжать больные из Амгинского, Чурапчинского, Усть-Алданского и других районов».

В 1934-37 годах проходил обучение в ординатуре по хирургии во 2-ом Ленинградском мединституте, по сути дела обучаясь в аспирантуре. Согласно Положению Наркомздрава РСФСР, приказом был направлен в Якутию для «отслуживания периферического стажа». Но вернуться через шесть месяцев на учебу он не смог, так как был назначен главным врачом Вилуйской районной больницы. Работая в течение трех лет в Вилуйском районе, коренным образом улучшил работу больницы и также вывел ее в число передовых в республике.

Из характеристики-представления народного комиссара здравоохранения Якутской АССР А. Белоусова на награждение значком «15 лет ЯАССР» – «Только за период 1938-1939 гг. хирургом Кокшарским Г.М. было сделано 689 операций, из них большая часть полостные, при этом смертность была крайне низкая 0,16%. Больница все эти года перевыполняла план койко-дней, при этом сокращается время пребывания на койке, что является прямым доказательством хорошего ухода и лечения больных. Больница в настоящее время хорошо оборудована и имеет вид культурного медицинского учреждения, оснащенного необходимым инструментарием. Помимо лечеб-

ной работы врач Кокшарский Г.М. все время занимается подготовкой медицинских кадров и повышением квалификации медицинского персонала. Сумел хорошо организовать коллектив медработников на улучшение работы больницы и лучшее обслуживание больных. Все это создало Кокшарскому Г.М. огромный авторитет у трудящихся. Его имя известно во многих районах республики».

Длительное время Наркомздрав республики не мог найти замену доктору Кокшарскому. И все это время Григорий Михайлович жил вдали от своей супруги Дуглас Марии Ивановны, завершающей обучение во 2-м Ленинградском мединституте, впоследствии вернувшейся в Якутию и ставшей главным акушер-гинекологом Минздрава республики, основателем оперативной гинекологии в Якутии.



Супруги – Мария Ивановна Дуглас и Григорий Михайлович Кокшарский

Весной 1941 года Кокшарский Г.М. приступил к работе над кандидатской диссертацией в микробиологической лаборатории Института травматологии. Выполнив ее на 75%, 14 августа 1941 г. Григорий Михайлович телеграфировал в Наркомздрав Якутии: «Работу над диссертацией прекратил, вступил добровольцем в армию, подробности почтой».

Но Наркомздрав отозвал его на родину. И доктор Кокшарский продолжил работу в Вилуйске. Однако через полгода у него выявили туберкулез, в связи с чем перевели на более спокойную плановую работу в город Якутск, где он в течение двух лет работал заведующим хирургическим кабинетом Якутской городской поликлиники.

После излечения от туберкулеза началась новая фтизиатрическая страница в трудовой биографии Г.М. Кокшарского. Сначала в 1944 году был назначен заведующим хирургическим отделением туберкулезного санатория «Красная Якутия». В том же году специализировался по легочному туберкулезу у профессора Стойко Н.Г. в Центральном институте туберкулеза (ЦИТ) АМН СССР. И в 1950 г. после образования Якутского филиала ЦИТ на базе санатория «Красная Якутия» стал заведующим отделением легочной хирур-

гии ЯФИТ. Трудился Григорий Михайлович можно прямо сказать – не зная отдыха. В личном деле имеются несколько приказов по отзыву из отпуска из-за большого количества больных на операцию, переносу неиспользованных дней на последующие годы (например, был приказ на отпуск в количестве 218 (!) дней). Ежегодно Г.М. Кокшарский выезжал в районы республики для консультативной и оперативной помощи больным туберкулезом на месте. Только за период 1950-1955 годы им было сделано 1235 операций на грудной клетке, из них более 400 – экстраплевральный олеоторакс.

Тяга к научно-исследовательской деятельности зародилась у Григория Михайловича во время работы в экспедиции. В силу разных обстоятельств ему пришлось в разные годы начинать и работать над тремя разными диссертациями. Первая диссертация была начата во время учебы в ординатуре-аспирантуре в 30-е годы, по теме исследования были написаны 2 статьи «Экспериментальные данные действия некоторых фармакологических веществ на изолированную тонкую кишку» и «Инородные тела мочевого пузыря». Второй раз начало работы над диссертацией совпало с началом Великой отечественной войны». И третья попытка успешно завершилась в 1954 году защитой кандидатской диссертации на тему «Ранний плевральный олеоторакс» в Диссертационном Совете Академии медицинских наук СССР под председательством профессора Сперанского Г.Н. (г. Москва). Корифей хирургии и виртуоз торакопластики Л.К. Богуш подчеркнул в своем отзыве о диссертанте полное авторство Кокшарского Г.М. в разработке методики раннего экстраплеврального олеоторакса.

Перед защитой диссертации Совет министров ЯАССР и Якутский обком партии ходатайствовал перед Высшей аттестационной комиссией при Министерстве культуры СССР о допуске к защите без сдачи кандидатского экзамена по иностранному языку с учетом уже сданного кандидатского минимума по всем, кроме иностранного языка, дисциплинам с отличной оценкой. Также принимая во внимание большую заслугу соискателя в деле борьбы с туберкулезом в Якутской АССР и его преклонный возраст (50 лет). В личном листке по учету кадров рукой Г.М. Кокшарского так было написано о владении языками: немецкий – слабо, русский и якутский – хорошо.

Немного о самой научной работе Г.М. Кокшарского: Григорий Михайлович первым в Якутии стал применять хирургические методы лечения туберкулеза. Им было установлено, что экстраплевральный пневмоторакс, в то время достаточно эффективная операция, не может быть применена у больных из районов республики. Так как для дополнительного наблюдения за такими больными в течение 3-4 лет необходимо, чтобы по месту жительства каждого был квалифицированный врач, оказывающий еженедельные поддувания. А также из-за высокой частоты развивающихся нагноительных осложнений. Григорий Михайлович Кокшарский в 1949 году разработал

метод олеоторакса, который позволил заменить экстраплевральный пневмоторакс и избавил многих больных от необходимости подвергаться торакопластике. При операции олеоторакса плевральная полость через 10-20 дней заполнялась вазелиновым маслом и больной через полтора-два месяца выписывался домой с восстановленной трудоспособностью. После опыта применения в Якутии эта операция стала применяться в Институте туберкулеза АМН СССР, Литовском институте туберкулеза, в Иркутской областной туберкулезной больнице.

После защиты кандидатской диссертации в 1955 г. приказом директора ИТ АМН СССР Лебедевой З.А. исполняющим обязанности заместителя директора по научной работе был назначен Кокшарский Г.М. Работу в этой должности Григорий Михайлович совмещал с хирургической деятельностью.

А еще Григорий Михайлович обладал красивым голосом – лирическим тенором. С успехом исполнял оперные партии, романсы, песни на русском и якутском языках (сохранились грамзаписи). Кроме работы хирургом в течение шести лет (1942-1948 гг.) служил в Якутском музыкальном театре в качестве солиста оперы. Зрителям и коллегам запомнились партии Левко («Майская ночь»), Юрюнг Уолан («Ньюргун Боотур»).



В партиях Левко и Юрюнг Уолан

Есть еще один очень интересный факт в биографии Григория Михайловича Кокшарского – один рейс в качестве врача на корабле северного морского флота. Чтобы проплыть по только что освоенному в 1935 году северному морскому пути, в 1936 году Григорий Михайлович устроился судовым врачом на корабль «Ванцетти». Прошел путь от Владивостока до Мурманска. Во время рейса спас жизни двум подобранным в море Лаптевых обмороженным морякам. В течение более 20 суток он боролся за их ноги и вылечил без ампутации. Благодарные моряки Ходов и Пасевич впоследствии написали «Этот человек дал нам столько, сколько не мог для нас дать никто в жизни».

За достигнутые успехи в трудовой и общественной жизни награжден орденами «Трудового Красного знамени», дважды «Знак Почета», медалью

«За доблестный труд во время Великой Отечественной войны», Почетными грамотами ЦИК ЯАССР, знаком «Отличник здравоохранения ЯАССР, Заслуженный врач РСФСР и ЯАССР.

При подготовке статьи использованы материалы из личного архива профессора Тырылгина Михаила Афанасьевича (1935-2011 гг.), нашего наставника.

П.А. ГЕРЦЕН – ВЫДАЮЩИЙСЯ СОВЕТСКИЙ ХИРУРГ (К 70-ЛЕТИЮ СО ДНЯ СМЕРТИ)

О.Р. Паренькова

*ГБОУ ВПО Московский Государственный Медицинский
Стоматологический университет им. А.И. Евдокимова (МГМСУ)*

А.Ю. Лобанов, Н.И. Тимофеева

*ГБУЗ Московский областной научно-исследовательский клинический
институт им. М.Ф. Владимирского (МОНИКИ)*

P.A. HERZEN – THE GREAT SOVIET SURGEON (TO THE 70TH ANNIVERSARY OF THE DAY OF DEATH)

O.R. Parenkova

Moscow State Medical Stomatological University. A.I. Evdokimova (MGMSU)

A.U. Lobanov, N.I. Timofeeva

*GBUZ Moscow Regional Research Clinical Institute named by M.F. Vladimirsky
(MONIKI)*

Аннотация: статья посвящена 70-летию со дня смерти одного из основателей онкологии в СССР, выдающегося хирурга, профессора Петра Александровича Герцена.

Ключевые слова: П.А. Герцен, хирургия, онкология, история медицины.

Annotation: The article is dedicated to the 70th anniversary of the death of the founder of oncology in the USSR, and the great surgeon, Professor Petr Aleksandrovich Herzen.

Key words: P.A. Herzen, surgery, oncology, history of medicine.

Второго января 2017 г. исполнилось 70 лет со дня кончины выдающегося деятеля советской медицины, одного из основоположников онкологии в СССР, чл.-корр. АН СССР, заслуженного деятеля науки РСФСР Петра Александровича Герцена.

Петр Александрович родился 8 мая (26 апреля по ст. стилю) 1871 г. во Флоренции (Италия). Он был внуком великого русского философа, де-

мократа и революционера Александра Ивановича Герцена. Вынужденного жить в изгнании и скончавшегося за полтора года до рождения Петра Алексеевича. Революционные, материалистические взгляды и интерес к медицине были традицией этой семьи. А.И. Герцен был лично знаком с Сергеем Петровичем Боткиным, встречался с ним в Париже и мечтал, чтобы сын стал хирургом, ведь в свое время он сам чуть не избрал для себя профессию врача и даже ухаживал за заболевшим холерой Иваном Сергеевичем Тургеневым.

Однако Александр Александрович Герцен – отец Петра Александровича стал известным физиологом и профессором Флорентийского университета. За свои материалистические взгляды, и напумевшее произведение «Общая физиология души» он был изгнан из Италии и переехал в Швейцарию, где работал в Лозаннско университете. Мать П.А. Герцена была дочерью простого рабочего из итальянского местечка Феличи.

В 1896 г. Петр Алексеевич окончил медицинский факультет Лозаннского университета и через год, после работы в хирургической клинике известного профессора Цезаря Ру, защитил свою первую докторскую диссертацию (на французском языке) по теме «Причины смерти после двусторонней ваготомии, в зависимости от условий жизни после операции».

Не смотря на предложение профессора Ру остаться у него ассистентом, Петр Алексеевич решает переехать жить и работать в Россию. Возможно, это было воплощение не осуществившейся мечты деда, возможно стремление понять свои корни, почувствовать землю предков, узнать ее народ и помогать его страждущим. Он хорошо знал слова своего деда, который в 1855 г. писал его отцу: «Не останься на этом берегу. Иди к нам домой. Там любили мой язык».

В 1897 г. 26-летним молодым врачом он приехал в Россию. Однако внука знаменитого вольнодумца ждали огромные трудности: он не имел русского паспорта, недостаточно хорошо знал язык, заграничный диплом не давал ему права на врачебную практику, да и власти все еще помнили о революционных взглядах его деда. По приезде Петра Алексеевича сразу вызвали в приемную московского губернатора и предупредили о недопустимости вольнодумства. П.А. Герцен обратился за советом к проф. Лугинину, старому знакомому его семьи, который помог преодолеть имеющиеся препятствия.

В 1898 г. П.А. Герцен прослушав заключительный курс медицинского факультета Московского университета, с отличием сдает экзамены и получает диплом лекаря. Свой путь хирурга он начинает с работы под руководством И. Д. Сарычева ординатором в Старо-Екатерининской больнице (ныне – Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского (МОНИКИ)). Здесь он работал 22 года и вырос в одного из самых выдающихся хирургов современности. За это время побывал военным хирургом на русско-японской войне 1904-05 гг. в составе отряда г. Москвы и I Мировой войне в действующей армии. Опериро-

вал в Гражданскую войну – в составе медицинских формирований Красной Армии.

Петр Алексеевич писал: «Два органа являются для широкой хирургии неприступными вершинами – пищевод и сердце. Пора объявить поход за овладение этими разделами хирургии...» И вот, одним из первых П.А. Герцен в 1904 году зашивает рану сердца, о чем доложил на IV съезде российских хирургов. А в 1907 г. на VII хирургическом съезде он сообщает свой способ пластики пищевода «Случай доброкачественного сужения пищевода, оперированного по видоизмененному способу Ру». Профессор Ру в связи с этим прислал письмо: «Очень рад, что ученики превосходят своих учителей». Позже методика войдет в учебники под названием операции Ру-Герцена. А за тем ее усовершенствует другой выдающийся хирург С.С. Юдин и в название операции добавится его фамилия.

В 1909 г. П.А. Герцен защитил вторую – российскую докторскую диссертацию, которую посвятил памяти своего отца. Ее тема: «О нефролизинах». В этой работе он экспериментально доказал, что при патологических расстройствах в почках образуется почечный яд – нефротоксин, который действует раздражающим образом на весь организм. Полученное ученое звание позволило ему вести преподавательскую работу. Он становится приват-доцентом факультетской хирургической клиники Московского университета. Петра Александровича глубоко интересовали вопросы урологии. С 1903 по 1912 г. им было опубликовано 14 научных работ по этой тематике. Первая статья, датированная 1903-1904 гг. «О внутрипузырном способе деления мочи» является его докладом в Обществе русских хирургов в Москве. Интересовали Петра Александровича вопросы касающиеся заболеваний предстательной железы, которым он посвятил следующие статьи: «О полной промежностной простатэктомии» (1903), «О технике череспузырной простатэктомии» (1907) и «О гипертрофии предстательной железы и ее лечении» (1910). Им изучались последствия тифозного нефрита, способность тифозной палочки вызывать образование гноя. В статье «О ремитирующем гидронефрозе и лоханочно-мочеточниковой пластике» (1907) им были даны определение и проведена дифференциация гидронефроз. Петр Александрович был членом-учредителем Московского урологического общества, неоднократно выступал на его заседаниях. Известны его статьи этого периода (1908-1912 гг.): «К диагностике почечных заболеваний», «К лейкоплакии мочевого пузыря», «Случай огнестрельного повреждения почечных сосудов и печени. Операция. Выздоровление», «К вопросу об операции эписпадии», «О внутрибрюшном разрыве мочевого пузыря».

Научные интересы и общественные взгляды П.А. Герцина затрагивали широкий спектр проблем. Он автор 84 научных работ, в том числе 5 монографий. Его имя упоминается в 5 сложнейших операциях. Его работы о перекардите, хирургии сердечных заболеваний, хирургическом лечении декомпенса-

ции сердца, коллатеральном кровообращении составили основу современной хирургии сердца и магистральных сосудов. Он был большим знатоком патологии желчных путей, изучал проблемы хирургического лечения спленомегалии и одним из первых стал оперировать на селезенке. П.А. Герцен внес ценный вклад в вопрос радикальной операции бедренной грыжи, предложив свой способ радикальной операции, который не давал рецидивов. Свой военный опыт он обобщил в работах «О кровотечениях» и «Хирургическое лечение травматических аневризм». Петр Александрович написал множество историко-биографических работ посвященных выдающимся хирургам и ученым: Т. Бильроту, С.П. Федорову, Д. Листеру. Будущему хирургии он посвятил статью «Наболевшие мысли о хирургии» (1927 г.).

С 1917 г. он так же работает профессором кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии I Московского государственного университета, ведет преподавательскую деятельность. В 1921 г. он избран профессором общей хирургической патологии пропедевтической клиники. С 1934 по 1947 г. он – профессор кафедры госпитальной хирургии.

В 1922 году пропедевтическая хирургическая клиника 1-го Московского университета была объединена с Институтом им. Морозовых для лечения раковых и злокачественных опухолей. На их основе был создан Московский онкологический институт, который возглавлял Петр Александрович Герцен. Его приход превратил институт из учреждения для неизлечимых онкологических больных, где хирургическая деятельность ограничивалась главным образом паллиативными операциями, институт превратился в центр, где в основу лечения была положена разработка радикальных хирургических операций при злокачественных опухолях. Одновременно в институте стали развиваться лучевые и комбинированные методы лечения. П.А. Герцен работал в качестве научного руководителя и директора Московского института для лечения опухолей в течение 13 лет.

П.А. Герцен считается основоположником московской онкологической школы. По его инициативе в Москве в 1930 г. был учрежден специальный комитет, которому было поручено разработать положение о Московской онкологической организации. Он выдвинул идею организации онкологических диспансеров. В ряде своих докладов и работ он говорил о значении профилактики рака, Он первым в СССР установил пределы хирургических вмешательств при раковых опухолях. Он автор книг: «Рак молочной железы», «О раке языка», «О раке нижней губы» и др. С 1947 года созданный под руководством П.А. Герцена Онкологический институт, носит его имя.

В период Великой Отечественной войны П.А. Герцен принимал активное участие в организации и работе военного госпиталя, развернутого на базе его клиники. Несмотря на преклонный возраст, он неутомимо оперировал раненых защитников Родины.

Свидетельством его активной работы в госпитале служит большая коллекция осколков и пуль, извлеченных им из тканей раненых бойцов во время операций.

Многообразна была и общественная деятельность Петра Александровича. Он дважды (в 1926-1928 и 1935-1936 гг.) избирался председателем Хирургического общества в Москве, был постоянным членом правления Московского хирургического общества и Всесоюзной ассоциации хирургов, членом Международного хирургического общества и почетным членом Французской академии хирургии, являлся председателем Экспертной комиссии Совета при Главпрофобре, членом ВАК при Комитете по делам Высшей школы. П.А. Герцен работал соредактором журналов: «Хирургия», «Новый хирургический архив», редактором хирургического отдела Большой медицинской энциклопедии. С 2012 г. журнал «Онкология» носит имя П.А.Герцена.

В 1934 году Петру Александровичу присвоено звание Заслуженный деятель науки РСФСР, а в 1939 год он избран членом-корреспондентом АН СССР. Награжден двумя ордена Трудового Красного Знамени в 1940 и 1945 гг., медалями «За оборону Москвы», «За доблестный труд», знаком «Отличник здравоохранения».

П.А. Герцен скончался 2 января 1947 года на 76-м году жизни от абсцедирующей (септической) пневмонии. Похоронен в Москве на Новодевичьем кладбище, участок 4.

В память о нем в Онкологическом институте, установлены: бюст П.А. Герцена и мемориальная доска, работает мемориальный кабинет-музей Петра Александровича. Так же мемориальная доска установлена на доме 2/6 по Большой Пироговской улице, в котором ранее располагалась кафедра госпитальной хирургии 1-го ММИ.

П.А. Герцен прожил большую, яркую жизнь и был одним из выдающихся ученых нашего времени, внесших огромный вклад в отечественную и мировую науку.

Литература

1. Герцен А.И. С того берега, Полное собр. соч., Москва, 1918, стр. 4.
2. Герцен П.А. Наболевшие мысли о хирургии, Вестник современной медицины, 1927, № 8 – 9.
3. Шахбазян Е.С., Герцен П.А. Сб. трудов Госпитальной хирургической клиники, 1949.
4. Кузьмин М.К. П.А. Герцен – хирург-новатор и патриот, «Советская Медицина» 1951, №8, с. 36-37.
5. Кузьмин М.К. Научный подвиг Петра Александровича Герцена, Сов. мед., 1971, №8, с. 141;
6. Петровский Б.В. Петр Александрович Герцен (К 100-летию со дня рождения), Хирургия, 1971, № 5, с. 3.

О ПЕРВОМ ВРАЧЕ И ГОСУДАРСТВЕННОМ ДЕЯТЕЛЕ УДМУРТИИ Т.К. БОРИСОВЕ

Н.М. Попова, В.Н. Савельев, Л.Л. Шубин

Ижевская государственная медицинская академия

ABOUT THE FIRST DOCTOR AND THE STATE UNIVERSITY OF UDMURTIA, T. K. BORISOV

N.M. Popova, V.N. Saveliev, L.L. Shubin

Izhevsk State Medical Academy

Аннотация: статья посвящена человеку, чьи медицинские и государственные заслуги сделали его первым врачом Удмуртии и неотъемлемой частью Удмуртской автономии и ее народа.

Annotation: The article is dedicated to a person whose medical and state merits made him the First Doctor of Udmurtia and an integral part of the Udmurtsky Autonomy and its people.

Ключевые слова: Трофим Борисов, деятель, врач, Удмуртия.

Key words: Trofim Borisov, figure, doctor, Udmurtia.

Кто бы мог подумать, что из скромного, впечатлительного мальчика из крестьянской семьи вырастет великий ученый, талантливый врач, крупный общественно-политический деятель и истинный патриот своего Отечества и народа, Трокай Кузьмич Борисов. Несмотря на всю тяжесть сталинских репрессий, подлую зависть своих врагов, он навсегда запечатлится в памяти потомков как активный подвижник национального возрождения удмуртов, создатель Удмуртской автономии.

Трофим Кузьмич Борисов родился 1 декабря 1891 года в деревне Кизеково ныне Алнашского района Удмуртской Республики. Его отец, Кузьма Карпович, хозяин среднего достатка, занимался земледелием и извозом, а мать, Меланья Федоровна, посвятила всю свою жизнь воспитанию восьмерых детей, седьмым из которых был Трофим. Будучи сам неграмотным, отец стремился во что бы то ни стало выучить своих детей, считая именно образование залогом счастливой жизни. Так Трофим Кузьмич в возрасте восьми лет оказался в Кучеряновской трехгодичной начальной земской школе. К тому времени он уже умел читать и писать, свободно говорил по-русски и по-татарски. Окончив в 1903 году школу с похвальной грамотой, Трофим был отдан учиться в Алнашское двухклассное училище. Здесь он проявил себя как ответственный и трудолюбивый ученик с незаурядными способностями и огромным желанием к получению знаний.

Серьезно задуматься над хрупкостью и значением человеческого существования Трофима заставила внезапная смерть отца от ревматизма. Тогда

впервые тринадцатилетнего мальчика посетила мысль связать свою жизнь с медициной, которая не покидала его все последующие годы.

Необыкновенную развитость и способность без запинки четко и красиво говорить на русском, быстро реагировать на вопросы и отвечать кратко, ясно замечали не только учителя, односельчане, но и гости, бывавшие в доме Борисовых по долгу службы, такие как Н.Н. Миловидов, помощник прокурора Сарапульского окружного суда, и Ф. С. Смолин, старший доверенный известного в Прикамье купца ф. В. Стахеева. Смолин после обстоятельной беседы взял мальчика на попечение, определив его в Елабужское городское училище.

После завершения учебы Трофим поступил рассыльным в торговую фирму. А чуть позже, оценив трудолюбие степенного и рассудительного юноши, фирма направила его за свой счет учиться в Казанское четырехгодичное техническое училище.

Обучаясь в училище, у Трофима Борисова зародилась мечта о высшем образовании. Но без гимназического аттестата в университет не принимали, поэтому одновременно с учебой в Казанском училище он готовился сдавать экзамен за весь гимнастический курс экстерном, что и было им совершено в 1912 году. Осенью того же года Трофим Кузьмич поступил на естественное отделение историко-филологического факультета Петербургского императорского университета.

В столичном университете Трофим активно посещал революционный студенческий кружок, участвовал в подпольных собраниях, вел агитацию среди студентов и рабочих, издавал студенческую газету. Его волновали не мелкие бытовые вопросы, а судьбы страны и нации. Сейчас трудно себе представить, каких трудов стоило Трофиму Кузьмичу сохранить выдержку, когда весной, перед экзаменационной сессией, он вдруг заболел и не сдал экзамены, вернулся домой. Будучи человеком стойким и амбициозным, Трофим не мог расстаться с мыслью об учебе.

В 1913 году он решил перевестись из Петербургского университета на медицинский факультет Казанского университета. С соответствующим письменным ходатайством он обратился к ректорам обоих вузов. Доктор исторических наук Н.П. Павлов (1922 – 2008) в своем научно-документальном очерке «Трофим Борисов», выпущенном в издательстве «Удмуртия» в 1994 году, приводит примечательный отрывок прошения Борисова к ректору Казанского университета:

«Со своей стороны я убедительно прошу принять меня на медицинский факультет. К медицинским наукам имею особое призвание и влечение. Рассматривая мои документы, обратите внимание на мое вотяцкое происхождение. Я один из первых инородцев (вотяков) Казанского края, которому открылись бы двери университета. Поэтому, приняв меня в свой университет, вы тем самым окажете культурную помощь целой народности».

Борисов стал студентом Казанского университета, но, оказавшись не способным платить за обучение, он был исключен.

Восстановился он в правах студентов в середине марта 1914 года и стал получать земскую стипендию. 1914-1916 гг. – период идейно-политического созревания убеждений студента Казанского Университета Трофима Борисова. Он снова участвует в студенческих подпольных кружках, становится марксистом. Благодаря своим блестящим способностям и трудолюбию университетский курс обучения завершил досрочно. И весной 1916 года. Трофим Борисов, первым из удмуртов, получил диплом врача.

В годы Первой мировой войны это заставило его, как студента, только что окончившего медицинский факультет, пойти в армию. Он был отправлен на Минский фронт, где работал врачом эвакуационного госпиталя, санитарного поезда. В дни вооруженного восстания в Петрограде в октябре 1917 года Трофим организовал революционный комитет на станции Осиповщина под Минском и оказал необходимую помощь восставшим большевикам, послав в Минск бронепоезд. Далее служил старшим врачом революционного полка Минского совета.

5 мая 1918 года Трофим Кузьмич демобилизовался из армии. Побывав на родине в деревне Кизеково, через несколько дней уехал в уездный центр в город Елабугу, где началась его активная политическая деятельность.

На съезде Елабужского совета крестьянских, рабочих и солдатских депутатов он избирается председателем уездного исполкома Совета депутатов. Т.К. Борисову открылась возможность заняться решением острого продовольственного вопроса, в результате которого была введена трудовая повинность.

В 1918-1919 гг. Т.К. Борисов избирается руководителем Елабужского уездного ревкома. 31 октября 1918 года в Елабуге выходит первый номер газеты «Гудыри» (ныне «Удмурт дунне») на удмуртском языке, основателем и первым редактором которой является Т.К.Борисов. Цель газеты – просвещать удмуртский народ на родном языке, сократить число безграмотных людей.

4 декабря 1918 года на уездном съезде Советов Т.К. Борисов избирается членом уездного исполкома. Результатом работы стала демократизация школы: обучение детей стало бесплатным, всеобщим, обязательным; введено совместное обучение мальчиков и девочек; упразднены сословные и национальные привилегии и ограничения.

Осенью 1919 года в Сарапуле открылся III Всероссийский съезд удмуртов, на котором были рассмотрены злободневные вопросы об устройстве школ, библиотек, клубов, детских садов и площадок. Были организованы краткосрочные и долгосрочные курсы для подготовки по всем отраслям народного образования и сельского хозяйства. На съезде было решено увели-

чить количество работников в сфере культуры из числа коренного населения за счет потенциала интеллигентных удмуртов. Именно тогда было решено создавать печатное дело. Большое распространение получили научные экспедиции по изучению родного края, а также по сбору фольклора. По материалам III Всероссийского съезда можно отметить и то, что заметно возросла социальная активность населения народа, который ранее был угнетен. Таким образом, повысилось национальное самосознание.

В 1921 году Трокай Кузьмич занимал должность заведующего областным отделом народного образования. А в сентябре 1922 года в Москве при участии Кузубая Герда и Трокая Борисова создано Научное общество по изучению вотской культуры, в которое вошли и удмурты, и русские. Были проведены исследования по изучению психического здоровья удмуртов, в результате которого было доказано, что удмурты не вырождающийся народ, как считалось ранее, а возрождающийся.

В 1922 году Борисов вошел в состав президиума облисполкома, был утвержден начальником облземуправления, избран делегатом на 10 Всероссийский съезд советов. С этого момента усиливаются ложные обвинения контрольной комиссии обкома партии против Борисова без каких-либо убедительных, веских, неопровержимых доказательств, нарастает противоборство с некоторой частью ижевских большевиков, которая утверждала, что решение вопросов национальной политики – дело самих удмуртов, а руководители русской национальности не должны иметь к этому никакого отношения.

В марте 1923 Трофим Кузьмич Борисов исключен из Российской коммунистической партии (большевиков) по обвинению в «национальном уклоне», то есть он настаивал на большем участии удмуртов в партии и сов. органах. Опасаясь ареста, он уезжает в Москву, на приеме ЦКК, где добивается решения Центральной Контрольной Комиссии (ЦКК) о восстановлении в партии. В соответствии с постановлением ЦК РКП(б) он направляется на работу ответственным секретарем обкома в Калмыцкую АО (с центром в то время в Астрахани). До мая 1925 года жизнь и творчество Трокая Борисова было связано с Калмыкией. Бытовые условия, этнические особенности калмыцкого народа были совсем противоположны удмуртским традициям. Он знакомился с населением и почти каждый день удивленно проезжал по улусам. Трокай Кузьмич обратил внимание на неграмотность среди калмыков: калмыцкое население не вовлечено в управление делами своей области, национальное самосознание нуждалось в проникновении идей интернационализма. За очень короткий промежуток времени в Калмыкии наладились скотоводство и земледелие, заработали конезаводы и конюшни племенного хозяйства, усилились мелиоративные, промысловые работы. Эти годы для калмыцкого народа стали переломными во всех сферах жизни. Все стороны

своей практической работы он отразил в своей книге «Калмыкия», изданной в 1926 году.

В феврале 1925 возвращается на родину по убедительной просьбе Удмуртского Обкома партии. 11 августа 1925 года Борисов избирается председателем исполкома Удмуртской автономной области, далее – членом бюро удмуртского обкома ВКП(б), членом ЦИК СССР и Совета Национальностей. Трокай Кузьмич Борисов направил свои силы и опыт на подъем экономики и культуры села, на организацию промышленного производства. Руководил Комиссией по реализации удмуртского языка, занимавшейся разработкой правописания и терминологии, много содействовал созданию удмуртского литературного языка. Работал над удмуртско-русским словарем.

В 1926 обвинен в «бытовом разложении» (возможно, сфабрикованном внутрипартийными противниками), вызван в Москву, исключен из ВКП(б). Вскоре арестован. В январе 1928 осужден ВС РСФСР на 5 лет лишения свободы. Отбывал срок в г. Усть-Сысольске Коми АО, очевидно, на положении ссыльного, так как он работал врачом, одновременно вел подготовку к изданию собранного им фольклорного материала, продолжал трудиться над удмуртско-русским словарем, изучал коми язык. Через полгода освобожден, подделка раскрыта, судимость снята. Остался работать заведующим дермато-венерологическим диспансером здравоохранения Коми АО.

В 1928 году Трофим Кузьмич Борисов по ложным обвинениям в попытке к принуждению женщины к сожительству осужден на 8 месяцев и отбывал срок в Усть-Сысольской (ныне Сыктывкарской) тюрьме в строгой изоляции.

После освобождения с 1929 по 1931 год Т. К. Борисов продолжил работу в должности заведующего дермато-венерологическим диспансером Коми автономной области. Осенью 1930 избран во Всеудмуртский комитет по унификации удмуртского алфавита. Работал в Москве в Первом медицинском институте и врачом на Кузнецкстрое, где в 1931 восстановлен в ВКП(б).

Далее в 1932 году поступил в аспирантуру кожно-венерологического института им. Броннера (г. Москва). Одновременно работал врачом в Подмосковье (Кусково).

14 января 1933 года Борисов наряду с Кузубаем Гердом и другими представителями удмуртской интеллигенции был арестован, исключен из партии и осужден по печально знаменитому делу «Союза освобождения финских народностей» («СОФИН»).

По предъявленному обвинению сознался только в том, что он в своей работе ориентировался на Финляндию.

9 июля 1933 Коллегией ОГПУ осужден на 5 лет Исправительно-трудовых лагерей (ИТЛ). Отбывал срок в АмурЛаге. 23 июня 1935 постановлением ОСО при НКВД СССР отправлен на оставшийся срок в ссылку в Казах-

стан (Кустанай, Чимкент), где работал врачом в системе НКВД. С 1936 года отбывал заключение в Алма-Ате, с 1938-го – в Кустанае.

В мае 1938 года, в связи с окончанием срока осуждения, Трофим Кузьмич переехал в Чимкент (Казахстан), где устроился работать врачом.

В мае 1940 приговорен народным судом г. Чимкента за «халатное отношение к служебным обязанностям» (от инфекции умер один из пациентов), хотя к этому делу Борисов прямого отношения не имел, к двум годам лишения свободы. По кассации Южно-Казахстанской области суд смягчил меру наказания до 1 года. По истечению срока в 1942 году Борисов был назначен главным врачом инфекционной больницы города Чимкента.

В начале ВОВ среди эвакуированных в Чимкент раненых возникла эпидемия тифа, что привело к большой смертности. Хотя смертность в больнице Борисова была не выше, чем в других, он был обвинен в саботаже, вредительстве. Южно-Казахстанским областным судом приговорен по ст. 58-14 УК РСФСР к 8 годам ИТР и 5 годам лишения в политических правах. В августе 1942 из чимкентского пересыльного пункта переведен в лагерь НКВД в г. Актюбинск.

4 июня 1943 умер в лагерном лазарете «от упадка сердечной деятельности» (по др. версии, «погиб в Кентауских свинцово-урановых рудниках в 1942 в возрасте 50 лет», см.: Куликов, 1997. С. 215).

Такого уровня государственного деятеля Удмуртия не имела ни до Трофима Борисова, ни после. По «делу СОФИН» реабилитирован в 1956, по делу 1942 – в 1988. И лишь 20 сентября 1989 года Постановлением Верховного Суда СССР Трофим Кузьмич Борисов был полностью реабилитирован. Он был признан невиновным совершенно заслужено и справедливо, но к сожалению, после его смерти.

Имя Борисова Трофима Кузьмича стало олицетворением духа удмуртского народа. Среди общественных, государственных и политических деятелей Удмуртии и России в целом он стал одним из самых известных и уважаемых людей.

Литература

1. Вестник Калмыцкого обкома РКП (ежемесячный орган) № 2-3. (28-29). – Астрахань, 1925 / Архивный отдел НКВД Калм. АССР.
2. Куликов К.И. Трокай: художественно-документальная повесть / К.И. Куликов. – Ижевск, 1991
3. Павлов Н.П. Трофим Борисов: научно-документальные очерк / Н. П. Павлов. – Ижевск, 1994
4. Удмуртская Республика: энциклопедия. – Изд. 2-е, испр. и доп. – Ижевск: Удмуртия, 2008

ФАРМАКОЛОГ К.С. ШАДУРСКИЙ

С.Г. Ронжин

Сибирский государственный медицинский университет

PHARMACOLOGIST K.S. SHADURSKY

S.G. Ronzhin

Siberian State Medical University

Аннотация: представлена биография выдающегося отечественного фармаколога профессора К.С. Шадурского. Отражен его вклад в развитие отечественной и белорусской фармакологии, дан обзор его научной и общественной деятельности.

Ключевые слова: история отечественной фармакологии, история Сибирского государственного медицинского университета, профессор К.С. Шадурский.

Abstract: A biography of the outstanding domestic pharmacologist Professor KS Shadursky. Reflects its contribution to the development of domestic and Belarusian pharmacology, a review of its scientific and social activities

Key words: history of domestic pharmacology, history of the Siberian State Medical University, Professor KS Shadursky.

Выдающийся отечественный фармаколог, доктор медицинских наук, профессор Шадурский Константин Станиславович родился 31 марта (13 апреля) 1912 года в г. Каинске Барабинского уезда Томской губернии (ныне г. Куйбышев Новосибирской области) в семье железнодорожного рабочего. В 1929 г. поступил на медицинский факультет Томского государственного университета. После окончания Томского медицинского института в июле 1933 г. был оставлен аспирантом на кафедре фармакологии, фармацевтической химии и токсикологии, возглавляемой профессором (впоследствии академиком) Николаем Васильевичем Вершининым. После окончания аспирантуры в сентябре 1936 г. был утвержден ассистентом этой кафедры. После защиты 31.10.37 г. диссертации на тему: «Токсикология синтетической камфары, борнеола и изоборнеола» присвоена ученая степень кандидата медицинских наук, а в 1939 г. был утвержден в ученом звании доцента. В 1937/1937 учебном году, оставаясь ассистентом кафедры фармакологии, приступает к чтению курса «Токсикология боевых отравляющих веществ» на кафедре санитарно-химической защиты. В 1940-1941 гг., будучи доцентом кафедры военно-санитарной обороны, читает самостоятельный курс «Токсикология БОВ». Предвосхищая будущие успехи ученика, Н.В. Вершинин в отзыве о работе своего аспиранта 14.04.34 г. напишет: «Убежден, что со временем товарищ Шадурский при его работоспособности и боль-

шевистской настойчивости, будет выдающимся в СССР фармакологом и токсикологом».

Однако, блистательный подъем на научные и педагогические вершины был прерван начавшейся войной: 140 профессоров, преподавателей и сотрудников Томского медицинского института по мобилизации и добровольно ушли в действующую армию. Среди добровольцев К.С. Шадурский, убывший в конце июня 1941 года на фронт в составе 166-й стрелковой дивизии. Уже 3 июля приступил к выполнению служебных обязанностей в боях за Смоленск. Был командиром санитарного взвода 215 медико-санитарного батальона дивизии, отвечающего за эвакуацию раненых из частей и подразделений дивизии. В период немецкой операции «Тайфун» по захвату Москвы, оказался в окружении под Вязьмой Смоленской области, где в районе села Верховье Холм – Жировского района, приняла свой последний бой томская дивизия.

В конце сентября 1941 г., выводя из окружения обоз 215 медико-санитарного батальона, попал в плен и был направлен в концентрационный лагерь Боровуха-1 на территории Белоруссии. В лагере оказывал посильную медицинскую помощь раненым и больным советским военнопленным. В 1942 г. совершил побег к партизанам. В 1942-1944 гг. – начальник санитарной службы спецотряда «Боевой» НКГБ Белорусской ССР, воевал, организовывал медико-санитарное обеспечение и оказывал медицинскую помощь партизанам. Весточку о себе смог подать только в 1944 г., когда Белоруссия была освобождена Красной Армией. К этому времени выйдет замуж за другого жена, считавшая себя вдовой. После освобождения Белоруссии был избран доцентом кафедры фармакологии Белорусского государственного медицинского института, реэвакуированного из Ярославля. После окончания войны останется на жительство в г. Минске, защитит подготовленную еще в Томске докторскую диссертацию, станет профессором, заведующим кафедрой фармакологии Белорусского (Минского) медицинского института.

В 1945-1952 гг. заведующий кафедрой фармакологии с курсом санитарно-химической защиты образованного Ярославского медицинского института (ЯМИ). Здесь он создал методическую и экспериментальную основу учебного процесса, разработал перспективный план научной работы и подготовки научно-педагогических кадров, в 1949-1952 гг. являлся заместителем директора ЯМИ по научно-учебной работе. В 1947 г. защитил докторскую диссертацию, в 1948 г. присвоено ученое звание профессора. В 1952-53 гг. заведовал кафедрой фармакологии 1-го Московского медицинского института. В 1953 г. вернулся в Белоруссию, где положил начало становлению белорусской школы фармакологов. С 1953 по 1963 г. заведовал кафедрой фармакологии Минского медицинского института, одновременно заместитель директора института по учебной (1954-1957) и научной работе

(1960-1962), научный руководитель, консультант специальной лаборатории Минздрава БССР (1959-1963).

В 1963-1973 гг. – заведующий отдела радиационной фармакологии НИИ медицинской радиологии (НИИМР АМН СССР) в г. Обнинске. Непродолжительное время заведовал кафедрой фармакологии Белорусского института усовершенствования врачей (1973-1975), с 1975г. до последних дней жизни – научный консультант отдела комбинированных радиационных поражений НИИМР АМН СССР.

Созданная К.С. Шадурским научная школа фармакологов Белоруссии стала крупнейшей в бывшем СССР, и является таковой сегодня на постсоветском пространстве. Под его руководством выполнено 16 докторских и 98 кандидатских диссертаций. Его ученики возглавляли и возглавляют профильные кафедры и являются сотрудниками многих научных учреждений в Белоруссии и за ее пределами. Один из учеников – заведующий кафедрой фармакологии БГМУ, лауреат Государственной премии СССР, профессор Дубовик Б.В.

Основным направлением научной деятельности К.С. Шадурского было изыскание и внедрение новых лекарственных препаратов для лечения различных заболеваний, в т.ч. глаукомы и гипертонической болезни. Исследовал вопросы фармакотерапии детских инфекционных заболеваний, промышленной и сельскохозяйственной токсикологии. Изучал фосфорорганические соединения, нитриты, антидоты при отравлении этими веществами. Работал над вопросами предупреждения и лечения лучевых поражений. Опубликовал более 300 научных работ, в т.ч. монографии и руководства: «Лекции по общей фармакологии» (1958, 1961); «Руководство по общей рецептуре» (1957, 1960, 1963); «Фармакология как основа терапии» (1959); «Лекции по частной фармакологии» (1959); «Фармакология» (1961, 1963); «Руководство по фармакологии» (1961). Обладатель более 30 авторских свидетельств (4 из них – на новые лекарственные препараты). Подготовил и провел 5 республиканских научных съездов. Участник многих международных съездов и конференций. Возглавлял делегацию БССР на конференции ООН по принятию единой конвенции по наркотикам в 1961 г.

Председатель Белорусского научного общества фармакологов (1953-1963), член ученого совета Каунасского медицинского института (1961-1962), редакционных коллегий журналов «Здравоохранение Белоруссии», «Фармакология и токсикология»; соредaktor отдела «Фармакология» Большой медицинской энциклопедии (1956). Член Фармакологического комитета Минздрава СССР. За боевые и трудовые заслуги награжден орденами «Отечественной Войны» I степени и «Трудового Красного Знамени», многими медалями. Умер 12 января 1983 года и похоронен в Обнинске Калужской области.

Литература:

1. Личное дело Шадурского К.С. ГАТО. Р-561, опись 2 р /с, дело 2241. 106 с.
2. Ронжин С.Г., Некрылов С.А. Организация системной подготовки врачей – резервистов в Томске/Бюллетень сибирской медицины, 2008, №4.
3. Ронжин С.Г. Основатель Белорусской школы фармакологов – профессор К.С. Шадурский/Сборник (7-ой научной конференции) «Медицинская профессура СССР». Москва, 2009. С. 231-233.

О.И. СУХАРЕВ – ВЫДАЮЩИЙСЯ ВРАЧ И ОБЩЕСТВЕННЫЙ ДЕЯТЕЛЬ КРЫМА

И.А. Сухарева

*Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского,
Медицинская академия имени С. И. Георгиевского*

O.I. SUKHAREV – OUTSTANDING PHYSICIAN AND PUBLIC FIGURE OF THE CRIME

I.A.Sukhareva

*Crimean Federal University named after V.I.Vernadsky, Medical Academy
named after S.I. Georgievsky*

Аннотация: статья посвящена роли выдающегося врача и общественно-го деятеля О.И. Сухарева в становление и развитие здравоохранения в Крыму.

Abstract: The article is devoted to the role of an outstanding physician and public figure O.I. Sukharev in the formation and development of Public health in the Crimea.

Ключевые слова: героизм, самоотверженный труд, наука, здравоохранение Крыма.

Key words: heroism, selfless labor, science, Public health of the Crimea.

В залах Феодосийского краеведческого музея всегда многолюдно. Особенно подолгу задерживаются посетители в отделе Великой Отечественной войны. Их внимание привлекает одна из витрин, в которой размещены хирургические инструменты, награды, фотографии и документы, принадлежавшие Онисиму Иустиновичу Сухареву – заслуженному врачу РСФСР, участнику обороны Перекопа и Севастополя, Керченско-Феодосийского десанта, начальнику санитарной службы Восточного соединения партизан Крыма.

Крымчане хорошо знают своего земляка. В первой половине XX века Онисим Иустинович Сухарев работал хирургом в городской больнице Феодосии и пользовался славой одного из лучших врачей региона. Он был боль-

шим поклонником искусства. У него лечились выдающиеся поэты и певцы: Максимилиан Волошин и его гости, Надежда Обухова, Валерия Барсова.

17 января 1941 года Президиум Верховного Совета РСФСР присвоил Онисиму Иустиновичу звание заслуженного врача РСФСР.

Документы, помещённые в экспозиции, – это отголоски войны. Красноармейская газета «Щорсовец» от 13 октября 1941 года рассказывает о самоотверженной работе врача О. И. Сухарева: «В операционно-перевязочную палату внесли только что привезённого с линии фронта тяжело раненого младшего командира т. Ц. У него тяжёлое сквозное пулевое ранение. Пострадавший потерял много крови. Казалось, не было даже признаков возвращения его к жизни. Но когда около раненого появился всеми уважаемый военврач, заслуженный врач РСФСР О. И. Сухарев, безнадёжность возвращения к жизни раненого в нашем сознании исчезла...».

На одном из стендов помещено письмо бригадного комиссара, члена Военного совета Кавказского фронта, датированное 20 мая 1942 г. Это письмо адресовано сыну Онисима Иустиновича Александру, в котором комиссар с теплотой и признанием отзывался о его герое-отце: «Уважаемый Саша! Лежу в лазарете, где работает Ваш отец. Он мне рассказывал о Вас..., Вам поистине есть, кем гордиться. Никогда не забуду, как под страшной бомбёжкой товарищ Сухарев работал в операционной, оказывая помощь бойцам, командирам, в числе которых был и я. Будьте достойны своего отца! Бригадный комиссар».

По заданию партийного актива хирург оставался в осаждённой Феодосии, а после пленения был помещён в Симферопольский концлагерь, откуда его освободили по ходатайству к бургомистру феодосийской общественности. О. И. Сухарев находился под надзором гестапо, он отклонил предложение публично отречься от членства в компартии. Позже был выкраден из-под надзора партизанами и до освобождения Крыма прослужил партизанским хирургом (Джигурда, 1950).

Трудно приходилось Онисиму Иустиновичу в партизанском отряде. Здесь не было госпиталя или хоть какого-нибудь помещения, не было не только операционного, но даже обыкновенного стола. Кругом только лес, снег, ночь. Много жизней спас своей самоотверженной работой партизанский врач. Он производил сложнейшие операции в тяжелейших условиях, развёртывал лесные госпитали, руководил всей лечебной работой большого соединения партизанских частей (Поляков, 2011).

После окончания Великой Отечественной войны О. И. Сухарев вернулся в родную Феодосию, где возглавил первую городскую больницу. Был руководителем научного общества врачей Феодосии, входил в редакционную коллегию научно-медицинского журнала «Медицинский вестник», публиковал статьи по оперативной хирургии. В 1956 году общественность Крымской

области поздравляла Онисима Иустиновича Сухарева с 40-летним юбилеем врачебной и общественной деятельности, а также с 70-летием со дня рождения. Один из памятных адресов О. И. Сухареву – от Крымского областного научного общества анатомов, гистологов, эмбриологов и коллектива кафедры нормальной анатомии и оперативной хирургии Крымского медицинского института – до сих пор размещён в витрине Феодосийского краеведческого музея. О героическом и самоотверженном труде хирурга О. И. Сухарева опубликовано несколько книг крымскими писателями с использованием его личных архивов (Македонский, 1969). Родина высоко оценила заслуги выдающегося врача: О. И. Сухарев был награждён орденами «Знак Почёта» и «Красная Звезда».

Умер О. И. Сухарев в 1959 году, но его дело продолжили сын Александр, который работал сначала военным врачом, а затем врачом-терапевтом; внучка Ирина – врач-педиатр, кандидат медицинских наук, доцент, заслуженный работник образования Республики Крым; правнук Роман – врач-рентгенолог.

Как старожил Крыма, как общественный деятель Онисим Иустинович Сухарев вписал яркую страницу в историю родного края.

Литература

1. Джигурда О. Теплоход «Кахетия». Подземный госпиталь Крымиздат. Симферополь. 1950. 272 с.
2. Поляков В. Е. Страшная правда о Великой Отечественной. Партизаны без грифа «Секретно». Яуза-Пресс. 2011. 93 с.
3. Македонский М.А. Пламя над Крымом: воспоминания командира южного соединения партизанских отрядов Крыма / М.А. Македонский. Симферополь: Крым, 1969. 304 с.

ОБЩЕСТВЕННАЯ И ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ДОКТОРА А.Ф. БЕЙВЕЛЯ НА РУБЕЖЕ ВЕКОВ

Ю.А. Тюков, И.С. Тарасова, Е.Ю. Ванин

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский Государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Челябинск

PUBLIC AND PROFESSIONAL ACTIVITY OF DOCTOR A.F. BEYVEL ON BOUNDARY OF CENTURIES

Yu. A. Tyukov, I.S. Tarasova, E. Yu. Vanin

South Ural State Medical University, Chelyabinsk

Аннотация: имя А.Ф. Бейвеля известно многим жителям Южного Урала как бывшего Городского головы г. Челябинска в первом десятилетии XX века и много сделавшего для развития этого провинциального города. Мало

кому известно, что это был замечательный врач, доктор медицины, оставивший глубокий след в памяти людей, которым он возвратил здоровье. Статья посвящена возвращению имени легендарного врача, трудившегося на Южном Урале.

Abstract: Name A.F. Beyvel is known to many residents of the South Urals as the former Mayor of Chelyabinsk in the first decade of the 20th century and has done much to develop this provincial city. Few people know that it was a wonderful doctor, a doctor of medicine, left a deep mark in the memory of people to whom he regained his health. The article is devoted to the return of the name of the legendary doctor, who worked in the South Urals.

Ключевые слова: Бейвель А.Ф., доктор медицины, общественный деятель, Южный Урал.

Key words: Beyvel A.F., doctor of medicine, public figure, Southern Urals.

Жизнь человека, посвятившего себя различным видам деятельности, в историческом плане обычно освещается преимущественно со стороны ее публичного проявления, оставляющего более яркое впечатление у современников. При этом в тени может остаться главная деятельность, которой специалист посвящает большую часть своей трудовой жизни и которая является для него и для людей не менее важной и даже более значимой.

Так случилось с доктором медицины Александром Францевичем Бейвелем, который более 50 лет своей долгой жизни посвятил медицине, и менее 10 лет – общественной деятельности в качестве Городского Головы г. Челябинска. Именно последняя публичная деятельность сделала его легендарной личностью, которую вспоминают теперь потомки. В этой статье мы хотим уделить внимание его основной деятельности, направленной на сохранение здоровья населения южно-уральцев. Нам хочется воздать должное замечательному врачу, глубоко порядочному человеку, отдавшему много сил и здоровья лечению наиболее распространенных и тяжелых заболеваний у жителей нашего края. Дело осложняется еще и тем, что, как это часто бывает с публичными людьми, в литературе имеются неоднозначные и противоречивые сведения по оценке его деятельности в качестве Городского Головы (Борисов 1996, 2004; Тюков, Тарасова 2010; Алексеев 2016, 2017), что, несомненно, влияет на память об этом человеке у потомков.

Александр Францевич Бейвель родился в семье французского подданного Франца Амабля Бейвеля 19 марта 1867 года. Франц Бейвель, получив гуманитарное образование, переехал сначала в Англию, где преподавал французский язык в учебных заведениях Гамильтона и Глазго. За успехи в преподавании получил такие высокие оценки и похвальные отзывы, которые позволяли ему занять должность преподавателя в любом другом учебном заведении. Покинув Англию, Франц Бейвель отправился в Россию,

где вскоре в Каменец-Подольске получил билет на свободное проживание в Российской империи (Борисов 1996, 2004), свидетельство на право обучения чтению и письму на французском языке в частных домах, а через три года – и в государственных учреждениях. Экзаменационные испытания для подтверждения профессионализма проходили в Императорском Киевском Университете им. Святого Владимира, после этого Франц Бейвель был определен младшим учителем в Житомирскую гимназию.

Подтверждением деятельности Франца Бейвеля в этом учреждении служит упоминание его имени среди преподавателей писателем В.Г. Короленко в произведении «История моего современника», в котором он с теплотой рассказывает о том, как ему очень хотелось попасть в ученики «горячего француза» – лучшего преподавателя гимназии.

Именно здесь, в Житомире 19 марта 1867 года в семье Франца Бейвеля родился первенец – Александр. Через 1,5 года после рождения сына отца перевели в Златопольскую гимназию этого же Учебного округа и через год возвели в Коллежские ассессоры со старшинством.

Затем последовала смена нескольких мест жительства, по-видимому, связанная с болезнью жены, и в конце концов семья оказалась в Казанском учебном округе, где его назначили в Уральскую войсковую гимназию и возвели в Коллежские Советники со старшинством. Последним местом его преподавательской деятельности была Оренбургская гимназия в статусе члена испытательного комитета по французскому языку при Учебном округе. За безупречную службу теперь уже дворянин Франц Бейвель был награжден Орденом Святого Станислава III степени.

Его сын Александр Бейвель по окончании Оренбургской гимназии получает право поступления в Императорский Казанский университет на медицинский факультет, который славился высокопрофессиональным профессорско-преподавательским составом и такими медицинскими светилами, как выдающиеся профессора Н.А. Виноградов, А.Я. Данилевский, И.М. Догель, Н.О. Ковалевский, П.Ф. Лесгафт, В.В. Пашутин и др.

Все годы учебы Александр проявлял недюжинные способности, упорство в освоении теоретических и практических навыков, что позволило ему закончить вуз с отличием со степенью лекаря и в звании уездного врача.

В 1889 году он был определен на должность врача в селе Воскресенское Челябинского уезда (ныне село Кирово Мишкинского района Курганской области), где он и принял российское подданство. Самоотверженная работа в качестве сельского врача вызывала глубокое уважение со стороны местного населения и позволила ему завоевать большой авторитет и распространение славы о грамотном молодом докторе по всей Оренбургской губернии.

Через три года (1892) на Челябинской земле стал распространяться тиф. Городу грозила эпидемия, а врачи, направленные сюда из центра, уехали,

покинув город в такой тяжелой ситуации. Тогда местные власти обратили внимание на сельского лекаря А. Ф. Бейвеля, уже пользовавшегося признанием жителей села Воскресенское, и, несмотря на то, что он не отработал там положенные 6 лет, его утвердили в качестве исполняющего обязанности челябинского городского врача. С этого времени вся его последующая жизнь будет связана с городом Челябинск.

Молодой врач А. Бейвель активно принимается за дело, без страха заражения посещает больных, назначает грамотное лечение, предпринимает меры профилактики распространения болезни. Его самоотверженная и грамотная деятельность приносит положительные результаты, и тиф начал отступать. За заслуги перед здравоохранением города 19 июня 1893 года Приказом его Императорского величества Александр Францевич был утвержден в чине титулярного советника со старшинством (Борисов 2004), а с 4 ноября 1893 года распоряжением Губернатора назначается на должность городского врача.

Борьба с тифом была не единственной заботой врача, который столкнулся со множеством серьезных заболеваний среди населения края. У местного казачьего населения он обнаружил широкое распространение трахомы, рожистого воспаления кожи, дизентерии, гонореи, женских болезней, алкоголизма. Особенно повальным было распространение трахомы, требующей серьезного подхода к лечению и профилактике слепоты. Александр Францевич собрал большой фактический материал, статистически обработал данные с использованием методов своего учителя медицинского статистика доктора медицины П.А. Пескова и подготовил диссертацию на тему: «Болезнь глаз и слепота у казачьего населения Челябинской станицы Оренбургского казачьего войска по данным поголовного осмотра».

В 1894 году он подал прошение на годовой отпуск, чтобы сдать экзамен на звание доктора медицины в Санкт-Петербурге. С августа этого года Бейвель находился в командировке с целью научного усовершенствования, после чего в 1895 году сдал докторский экзамен. Возвратившись в Челябинск, он завершает написание докторской диссертации, издает монографию по материалам научного труда «Трахрома и слепота», а через год защищает свой научный труд в Императорской Военно-медицинской академии г. Петербурга. Степени доктора медицины он был удостоен в апреле 1897 года. В настоящее время его диссертация находится в каталоге диссертаций Российской Государственной библиотеки (бывшей Государственной Публичной библиотеки им. В.И. Ленина) (Борисов 2004).

В 1895 году Александр Францевич организует аптеку при городской больнице, где отпускаются лекарства за плату. На основании многочисленных свидетельств современников, можно считать, что он был грамотным, высоко эрудированным врачом, знал четыре языка, много читал специальной литературы, в том числе на иностранных языках, старался быть в курсе

всех последних новостей в мировой медицине. Достаточно сказать, что он приобрел первый в Челябинске рентгеновский аппарат, который установил у себя в доме. В последующем, уже в годы советской власти его сын Георгий Александрович Бейвель был направлен на курсы усовершенствования по рентгенологии, освоил этот аппарат и три года отработал по этой специальности (Борисов 2004; Алексеев 2016).

Горожане считали его медицинским светилом. Он лечил квалифицированно, лишнего не просил, но зарабатывал весьма неплохо. Детей до 14 лет лечил бесплатно. Слава о докторе Бейвеле быстро распространилась по городу. Ему не приходилось тратить деньги на рекламу. Люди сами шли к нему. За заслуги в деле охраны здоровья населения Южного Урала его наградили орденом Святого Святослава 3-й степени (Энциклопедия. Челябинская область. Том 1, 2003; На перекрестках времени... 2006).

Александр Францевич Бейвель был не только практикующим ученым-медиком с широким кругом профессиональных интересов, но и крупным общественным деятелем, предпринимателем, внесшим существенный вклад в развитие города Челябинска (Тюков, Тарасова 2010, Алексеев 2017). Учитывая высокую распространенность алкоголизма в Оренбургской губернии, 1 февраля 1898 года состоялось утверждение челябинского Комитета Попечительства о Народной трезвости. С первого дня создания Бейвель являлся активным членом этого общества. С 12 октября этого года Бейвеля утвердили врачом городского трехклассного училища. В декабре 1898 года был избран гласным городской Думы, стал одним из инициаторов открытия в Челябинске Обязательства взаимного кредита. С 1898 по 1903 годы он состоял членом комиссии по постройке здания Народного дома. Общественная деятельность отнимала много сил и времени, поэтому 4 июня 1900 года он подает прошение в Городскую Думу об освобождении от должности главного врача больницы. Власть выражает ему благодарность за проделанную работу и объявляет об открытии вакансии на заведование городской больницей (Борисов 1996; На перекрестках времени... 2006).

В 1902 году А.Ф. Бейвеля избирают городским Головой, т.е. главой администрации города Челябинска. На этом посту А.Ф. Бейвель сделал очень многое для превращения глубоко провинциального аграрного города в город европейского уровня того времени. По темпам развития Челябинск стали сравнивать с американским городом и называть «Зауральским Чикаго». (На перекрестках времени... 2006).

Благодаря настойчивости Александра Францевича в будущей столице Южного Урала появилась мощная дорога между вокзалом и городом, построен водопровод, начинается активное строительство каменных зданий, особенно на улице Уфимской (сейчас ул. Кирова). При Бейвеле был выстроен Народный дом (сейчас «Челябинский государственный молодежный те-

атр» на пл. Революции), начала действовать биржа, появился городской сад (сейчас это городской сад им. А.С. Пушкина), корпуса для городских лавок, новый приют, две пожарные части, здание Госбанка, первый детский сад. А. Бейвель был озабочен развитием просвещения, благодаря чему были открыты общеобразовательные курсы, женская гимназия, воскресная школа, городские трехклассные и четырехклассные училища. Позже в реальном училище учреждена стипендия его имени.

Будучи членом совета городской публичной библиотеки, Александр Францевич в 1908 году преобразовал народную библиотеку в публичную с книжным хранилищем, открыл библиотеку при клубе, находящемся в городском саду. При нем появился первый кинематограф (ныне кинотеатр «Знамя»).

Городской голова никогда не ставил препятствия частной инициативе. При нем началась сдача земли в аренду, в городе возникли акционерные общества, совместные предприятия. Челябинск стал крупнейшим транзитным узлом по транспортировке хлеба, а также получил славу «чайного города», уступив лидерство по торговле этим продуктом только Москве.

Много занимался Александр Францевич благотворительной деятельностью. Под его председательством на собрании 11 февраля 1904 года в связи с началом конфликта между Россией и Японией из состава думских гласных был организован общественный комитет по сбору и распределению пожертвований для организации помощи раненым воинам.

Уже к 8 мая комитет собрал 2870 рублей и направил эти деньги в местный лазарет Красного Креста и на приобретение теплых вещей для военнослужащих. На этом собрании гласные решили ассигновать из городских текущих средств одну тысячу рублей «в помощь осиротевшим семьям воинов, убитых на войне с Японией». Челябинский общественный комитет к 8 мая 1904 года собрал в пользу сирот и семей, «члены коих призваны на войну», 1259 рублей. В период войны с Японией Бейвель был председателем общественного комитета по оказанию помощи воинам, пострадавшим на войне, и их семьям. В это время здание Народного дома в Челябинске превращается в госпиталь.

При Бейвеле в ноябре 1904 года появилась первая местная газета «Челябинский листок объявлений», в которой публиковались правительственные, общественные и частные объявления, анонсы о спектаклях, вечерах с благотворительной целью и другие сведения. «Листок», просуществовавший год, положил начало газетному делу в Челябинске. Кроме газеты в городе появились электричество, телефон, амбулатория, городская аптека (Борисов 1996, 2004; Тюков, Тарасова 2010).

Несмотря на такой большой вклад в развитие г. Челябинска, у Бейвеля как Главы администрации города, были недоброжелатели, которые обвиняли

его в коррупции, занятии бизнесом в своих личных интересах, в присвоении денег из городской казны и в прочих преступных деяниях. Не обошлось и без написания жалобы на Городского Голову самому премьер министру Петру Столыпину с поддельными подписями в 1910 году, когда он приезжал в Челябинск с целью инспектировать самый крупный и один из лучших на тот момент переселенческий пункт.

П. Столыпин, осмотрев городскую больницу, обнаружил там не порядки, некачественное оказание помощи больным холерой, которая тогда свирепствовала в городе, и вызвал врачебного инспектора из Оренбурга, приказав ему исправить положение и наказать виновных.

Приехавший врачебный инспектор из Оренбурга Леонид Петрович Фоншлихтинг, вынес решение о наказании Бейвеля А.Ф. как городского голову. В это же время на имя Столыпина поступила жалоба персонально на Бейвеля, в которой он обвинялся во всех выше названных грехах. В ответ на нее в Челябинск был прислан чиновник Григорович, который проверил все бумаги управы и признал Бейвеля невиновным. Григорович написал губернатору ответ, что жалоба – это анонимка и ложь (Алексеев 2017). Но когда вновь состоялись очередные выборы в городскую Думу в 1911 году Бейвель А.Ф. подал прошение оренбургскому губернатору об увольнении от должности Городского Головы и 26 апреля этого года вышел в отставку. С этих пор его общественная деятельность закончилась, и он вернулся к врачебной практике. (Борисов 2004). После отставки совмещал частную медицинскую практику и строительную подрядную деятельность. Вновь гласным городской Думы был выбран в 1914 году, но к обязанностям не приступил. Одновременно с этим работал в санитарно-медицинской комиссии городской управы.

Последующие политические события, включая Октябрьскую революцию, гражданскую войну, ничего хорошего бывшему городскому голове, лицу дворянского происхождения не сулил. Вскоре после установления советской власти ему запретили частную практику в Челябинске.

В период Чехословацкого мятежа о нем узнал французский консул и уговаривал уехать во Францию, обещая полное содействие в этом деле. Но семья Бейвелев отказалась. Не уехали они и после отступления Колчака. На семейном совете Александр Францевич принимает окончательное решение остаться: «Мы в России родились, выросли и нам некуда ехать. Там, за границей, нас никто не ждет». (Борисов 1996,2004).

Как глубоко порядочный человек, А.Ф. Бейвель остался верным той клятве, которую давал при получении российского подданства после окончания университета. Он лечил всех независимо от того, «за белых или за красных» его пациент. Старожилы помнили его как отменного врача, которого отличали исключительная наблюдательность, убедительные доводы, исходя

из совершенно незначительных симптомов. Он знал и понимал больного человека как никто другой (Энциклопедия. Челябинская область 2003; Алексеев 2017).

До 1931 года жил в Челябинске, продолжая заниматься частной практикой. С конца 1920-х годов был обложен огромным налогом с запретом на занятия частной практикой, это вынудило его в 1932 году вместе с семьей переехать в Копейск, где он состоял консультантом при поликлинике и преподавал в техникуме сестер милосердия (На перекрестках времени... 2006)

В Копейске Бейвеля очень уважали. В.Г. Борисов (2004) приводит цитату из газеты «Копейский рабочий»: «Большим авторитетом и уважением пользуется доктор Копейской поликлиники Александр Францевич Бейвель. За многолетнюю практику он получил множество самых искренних и теплых благодарностей от своих клиентов». Еще отличало его то, что он не боялся приходить на помощь женам репрессированных в 1937 году.

Вот как описывает этот факт жена репрессированного управляющего трестом «Челябшахтострой»: «Это был Человек с большой буквы. Когда арестовали мужа и повели его из квартиры, сын бросился к нему и был отброшен; пошла горлом кровь. Я пыталась всеми мне известными средствами остановить течение крови, но этого сделать не удалось, и я решила позвонить доктору Бейвелю, сказала, как плохо сыну. Александр Францевич очень быстро пришел с лекарствами, и через полчаса кровь была остановлена. Я сказала, что боялась ему позвонить, чтобы не навлечь неприятностей из-за ареста мужа. Он с возмущением сказал: – Я вас считал более умной женщиной... ведь вы могли потерять Бориса (сына), не думал, что вы меня так плохо знаете» (Борисов 1996, 2004).

Александра Францевича не стало 7 февраля 1939 года. Весь город глубоко скорбел о его уходе. В некрологе были написаны такие слова; «В лице Александра Францевича мы потеряли неутомимого труженика на фронте здравоохранения, проработавшего на этом поприще около 50 лет» (Борисов 2004).

Похороны состоялись 12 февраля. Хоронил его весь город, а гроб до самой могилы несли на руках. Мемориальная доска, посвященная Городскому Голове А.Ф. Бейвелю, установлена на здании кинотеатра «Знамя» по улице Кирова, дом 112. Кроме того, за его большой вклад в развитие города именем Бейвеля названа одна из улиц нового района г. Челябинска.

В память о замечательном докторе 29 октября 1998 года в день 170-летия городской клинической больницы № 1, где он был главным врачом, открыта мемориальная доска, посвященная доктору медицины А.Ф. Бейвелю. Эта память особенно радует, так как она сохраняет незабвенным имя замечательного врача, которое должно оставаться в людской памяти на долгие годы.

Литература

1. Алексеев Н.А. От земской управы до горздравотдела (1917–1927) Николай Алексеев.- Челябинск, ТЭТА, 2016.-294 с.
2. Алексеев Н.А. Плохой хороший врач и городской глава: почему улицу в Челябинске назвали именем Бейвеля // 04. 2017 http://doctor.74.ru/text/longread/med_lider/278567946842112.html (дата обращения 06.07.2017)
3. Борисов В.Г. Бейвель Александр Францевич, врач, городской голова 1867-1939 (130 лет со дня рождения) // В.Г. Борисов // Календарь знаменательных и памятных дат. Челябинская область. 1997. – Челябинск, 1996. С. 63-67.
4. Борисов В.Г. Городской голова – доктор Бейвель / В. Борисов. – Челябинск, 2004. 78 с.
5. На перекрестках времени: история Челябинска в лицах: цикл исторических бесед / сост. Н.С. Кузнецова. – Челябинск: ГУК ЧОЮБ, 2006. – 18 с. <http://dereksiz.org/k-270-letiyu-chelyabinska-na-perekrestkah-vremeni-istoriya-che.html> (дата обращения 10.07.2017)
6. Тюков Ю.А., Тарасова И.С. От первого лекаря до современной системы организации медицинской помощи на Южном Урале: учебное пособие.– Челябинск: Изд-во «Челябинская государственная медицинская академия», 2010. 164 с.
7. Энциклопедия. Челябинская область в 7 томах. Том 1. Челябинск, Изд-во Каменный пояс, 2003 г. 999 с. <http://chel-portal.ru/?site=encyclopedia&t=Beyvel&id=1247>

7. МЕДИЦИНСКИЙ МУЗЕЙ

**РОЖДЕННЫЙ В ПЛАМЕНИ ВОЙНЫ
(К 75-ЛЕТНЕМУ ЮБИЛЕЮ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОГО МУЗЕЯ)**

А.А. Будко

Военно-медицинский музей Министерства обороны

Российской Федерации

Н.Ю. Бринюк

Научно-исследовательский отдел (военной истории Северо-западного региона РФ) Научно-исследовательского института (военной истории)

Военной академии Генерального штаба ВС РФ

**BORN IN FLAMES OF WAR
(TO MARK THE 75TH ANNIVERSARY
OF THE MILITARY MEDICAL MUSEUM)**

A.A. Budko

Military medical Museum of the Ministry of defence of the Russian Federation

N. Yu. Briniuk

Research Department (military history of the North West region of the Russian Federation) research Institute (military history)

The military Academy of the General staff of the armed forces

Аннотация: в статье рассматривается история создания и деятельности Военно-медицинского музея. Музей был создан в годы Великой Отечественной войны для обобщения опыта военно-медицинской службы. На протяжении нескольких десятков лет он выполнял важные социальные и научно-просветительские функции. В настоящее время музей продолжает активную деятельность по сохранению и популяризации истории отечественной медицины.

Ключевые слова: Военно-медицинский музей, российская военная медицина, опыт, традиции, современность.

Abstract: In article is considered the history of the creation and activity of the Military Medical Museum. The Museum was created at years of the Great Patriotic war for generalization of the experience military-medical service. At several tens of the years it executed the important social and scientifically-enlightening functions. Today, the museum continues eager activity to the conservation and popularization of the history of Russian medicine.

Key words: Military Medical Museum, Russian military medicine, experience, traditions, modernity.

Первые годы Великой Отечественной войны принесли советскому народу неисчислимыя тяготы и подвигли его на принесение огромных жертв. В кровопролитных боях были утрачены обширные пространства на западе СССР; Красная армия понесла чувствительные потери. Еще в начале войны правительство провозгласило лозунг: «Все для фронта! Все для победы!», в соответствии с которым работа тыла и жизнь каждого жителя страны были подчинены нуждам воюющей армии (Подвиг народа 2015: 91–92).

В Красную армию было мобилизовано подавляющее большинство советских медицинских работников. Наряду с воинами на фронте, свой вклад в победу над врагом вносили санитары, медицинские сестры, фельдшеры, врачи. Днем и ночью, не покладая рук, они спасали советских бойцов и командиров: выносили раненых из огня боев, оказывали первую медицинскую помощь, перевязывали, фиксировали переломы, оперировали, эвакуировали в тыл. За всю войну через медицинские учреждения Красной армии прошло более 22 млн. военнослужащих (Гриф секретности 1993: 137). Однако уже в первый год войны советскими медиками был накоплен обширный опыт по различным вопросам лечения ранений и санитарно-эпидемиологического обеспечения войск в военных условиях.

В тяжелейшие для Советского Союза месяцы страна не прекращала строить планы на будущее. Так, уже зимой 1942 г., в разгар Московской битвы, в Главном военно-санитарном управлении (ГВСУ) Красной армии начал формироваться замысел создания в СССР научно-исследовательского учреждения по обобщению медицинского опыта текущей войны, – Музея военной медицины. Экспонаты этого музея должны были отражать «многогранную деятельность многочисленных медицинских учреждений» (Смирнов 1979: 512), не ограничиваясь периодом Великой Отечественной войны, но включая и историю медицинского обеспечения войск в предшествовавших войнах.

По планам создателей музея, он должен был послужить дополнительным фактором профессиональной подготовки военных врачей, демонстрируя, с помощью полученных с фронта и из тыловых госпиталей препаратов, фотографий, инструкций и других экспонатов, те условия, с которыми медикам предстоит столкнуться на театре военных действий, и требования, которые предъявляет к ним война. Вероятно, на такую мысль руководителей ГВСУ натолкнули пожелания участников фронтовых и армейских конференций; совещаний, проводившихся как в центре, так и в госпиталях, – которые часто сопровождались выставками иллюстративного материала, демонстрирующего достижения врачей или разнообразные вопросы лечения, эвакуации, медицинской статистики и т.п. (Шабунин 1993: 10).

Приказ о разработке организационно-штатной структуры будущего «Музея медицинской службы Красной армии» был издан в сентябре 1942 г.

начальником ГВСУ дивизионным врачом Ефимом Ивановичем Смирновым (1904–1989). Возглавляя ГВСУ в критические годы Великой Отечественной войны, Е.И. Смирнов внес весомый вклад в организацию единой системы медицинской помощи раненым и больным военнослужащим, получившей название «этапной системы лечения с эвакуацией по назначению». Благодаря этой системе, во время войны было возвращено в строй около 72% раненых и 87% больных (Гриф секретности: 136), что явилось значительным достижением советской медицины, превратившейся «из службы призрения за пораженными в боях и больными <...> в один из основных источников пополнения действующей армии опытными в боевом отношении солдатами и офицерами...» (Смирнов 1991: 153).

Приказ был подписан тогда, когда фронт докатился до Волги, где велись ожесточенные бои; противник подступил к Сталинграду, сражавшемуся за каждый дом и улицу. Тем не менее, правительство было готово выделить на создание музея столь нужные для обороны страны финансовые и человеческие ресурсы. Разработка штатов создаваемого музея была поручена специальной комиссии, в которой работали выдающиеся советские врачи. Возглавлял комиссию крупный советский хирург и анатом, заслуженный деятель науки РСФСР, профессор (впоследствии академик АМН СССР и лауреат Сталинской премии), заведующий кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова – Виктор Николаевич Шевкуненко. Под его руководством работали известнейшие светила русской и советской медицины: академик Н.Н. Бурденко, профессора А.Н. Максименков, С.С. Гирголав, В.Н. Шапов, М.С. Вовси, В.С. Левит, В.В. Гориневская, М.Ф. Глазунов, И.Д. Ионин, начальник ВМА академик Л.Р. Маслов и несколько сотрудников ГВСУ, в том числе начальник 3-го отдела ГВСУ военврач 1-го ранга С.М. Багдасарьян – один из инициаторов замысла по созданию музея (Шабунин 1993: 12).

Для сбора и хранения экспонатов будущего музея первоначально было предоставлено помещение Научно-исследовательского испытательного санитарного института (НИИСИ) Красной армии в Москве. Исполняющим обязанности начальника музея, а впоследствии и первым начальником был назначен ученик В.Н. Шевкуненко, выдающийся хирург, преподаватель ВМА по кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии, профессор Алексей Николаевич Максименков (1906–1968) (Дыскин, Шабунин 1995). Его заместителем и помощником стали также преподаватели академии.

Музей создавался в составе научно-исследовательских отделов: библиотека, секретный, исторический, организации военно-медицинской службы, санитарно-тактический, санитарно-эпидемиологический, эвакуации и сортировки, лечения раненых и больных, патологоанатомический, трудово-

стройства инвалидов войны, статистический. Впоследствии были добавлены отделы санитарно-химической защиты, военно-врачебной экспертизы, лечебно-профилактического обеспечения воздушных сил, обороны Ленинграда, Севастополя и Сталинграда, – всего 16 научно-исследовательских отделов. Как видно, в стенах музея должны были получить отражение практически все важнейшие вопросы военной медицины. При этом организаторами подразделений были назначены крупные советские деятели медицины: так, формирование санитарно-эпидемиологического отдела поручалось начальнику противоэпидемического управления ГВСУ Т.Е. Болдыреву и главному гигиенисту Красной армии Ф.Г. Кроткову; отдела лечения раненых и больных – главному терапевту Красной армии М.С. Вовси, заместителю главного хирурга С.С. Гирголаву, главному эпидемиологу Красной армии И.Д. Ионину, консультанту ГВСУ, травматологу В.В. Гориневской; патологоанатомического – главному патологоанатому Красной армии М.Ф. Глазуну. Комплектование других отделов также было возложено на известных, занимавших ответственные должности врачей, что ярко свидетельствует о важности, которую придавало правительство создаваемому музею.

Наконец, 12 ноября 1942 г., после согласования проекта с Наркоматом обороны, начальником ГВСУ был издан приказ о создании музея и утверждена его структура. Этот день отмечается сотрудниками музея как день его основания. Работа по организации музея, комплектованию его фондов экспонатами путем сбора документов и материалов на фронтах и в округах, подготовки альбомов и макетов, изготовления патологоанатомических препаратов, – получила практический характер. Создаваемые фронтowymi и армейскими военно-санитарными управлениями и лечебными учреждениями выставки передавали свои экспонаты в фонды музея.

31 января 1943 г. в штат музея были введены первые 33 штатных сотрудника (11 военнослужащих и 22 вольнонаемных), а 4 февраля была издана директива N орг/6/132206 заместителя наркома обороны А.Е. Щаденко, которая предписывала открыть Музей военно-медицинской службы Красной армии.

16 февраля был издан первый приказ по музею начальника музея А.Н. Максименкова: «Музей военно-медицинской службы Красной Армии считать открытым с 16 февраля 1943 г.» (Шабунин 1993: 18). Началась подготовка к развертыванию первой экспозиции, которую планировалось открыть 1 мая того же года.

Для комплектования фондов были разосланы циркуляры медицинскому руководству фронтов, санитарных отделов армий, госпиталей, предписывающие присылать собранные материалы в Москву, по адресу: НИИСИ КА, Краснокурсантский пер., д. 7. Высылать в адрес музея соответствующие военно-медицинской тематике фотографии, статьи и заметки просили

у начальника отдела печати Главного политического управления, редакторов и фотографов фронтовых и армейских газет. На фронт были направлены представители музея – его штатные сотрудники, которые также начали сбор экспонатов для фондов.

Поступали в фонды музея и трофейные материалы. Е.И. Смирнов писал начальнику тыла Красной армии, генерал-полковнику А.В. Хрулеву, что «за короткий период существования музей сумел собрать значительное количество экспонатов, отображающих деятельность военно-медицинской службы в Отечественной войне, и превратился в большую базу научной и учебной работы» (Шабунин 1993: 18). Вскоре количество экспонатов перестало помещаться в здании НИИСИ, и для музея были освобождены помещения сортировочного госпиталя на Большом Козловском переулке, д. 6.

Первая экспозиция музея была развернута по этому адресу к 26 апреля 1943 г., и ее начали посещать группы врачей, слушателей курсов усовершенствования, командного факультета ВМА, а затем и студентов московских медицинских вузов. Кроме того, в музее проводились лекции, в чтении которых участвовали начальник ГВСУ Е.И. Смирнов, профессора М.С. Вовси, С.С. Гирголав и другие крупные специалисты военной медицины.

С начала 1943 г. в музее начался сбор историй болезней раненых и больных, а также других медицинских документов. Все эти материалы поступали из госпиталей с разных концов страны. Перешли в фонды музея и собираемые с самого начала войны сведения справочного бюро лечебно-эвакуационного управления ГВСУ Красной армии. Так в составе Военно-медицинского музея был создан Архив военно-медицинских документов, содержащий десятки миллионов историй болезней военнослужащих, архивные дела санитарных управлений, госпиталей, эвакуационных пунктов и других учреждений. Первым начальником архива Военно-медицинского музея был назначен полковник медицинской службы А.Н. Правдин. Лишь к концу 1944 г. архив был сосредоточен в одном здании, в семи больших помещениях. Впоследствии архив стал играть важную роль в разрешении различных вопросов, связанных с социальным обеспечением ветеранов войны, поиском гражданами пропавших на войне родственников, научно-исследовательской работой и т.д.

Летом 1943 г. для комплектования фондов музея было решено создать специальные фронтовые бригады, каждая из двух художников, фотографа, патологоанатома и руководителя – представителя ГВСУ. В состав бригад вошли члены Союза советских художников, в числе которых находились живописцы, графики, скульпторы: Н.Г. Котов, Н.Н. Волков, Д.Н. Домогацкий, А.Т. Иванов, Е.В. Вучетич и другие. Находясь в командировках, они с натуры создавали зарисовки и картины на разнообразные сюжеты фронтовой жизни, медицинского обеспечения войск Красной армии.

Одним из видных членов фронтовых бригад музея, наиболее ярко отразивших военную действительность в период 1943–1945 гг., стал В.В. Фаминский, автор ряда фоторабот, выходящих по своей тематике за рамки освещения одной лишь военно-медицинской службы. Его фотографии и панорамы запечатлели зрелище разрушенных городов и деревень, сохранили для современного зрителя изображения людей, испытавших на себе тяжелое бремя войны: мирных жителей, солдат и командиров, медицинских работников...

Фронтовые бригады выезжали на фронт с осени 1943 г. до конца войны. Помимо них в музее работало 10–12 художников, а также опытные прозекторы, муляжисты и макетчики. Созданные в военный период тематические художественные полотна и зарисовки, муляжи, макеты военно-лечебных заведений, санитарных поездов, автомобилей, повозок и пр. до настоящего времени продолжают составлять важную часть экспозиции музея, знакомя посетителя с самыми мелкими деталями работы военных медиков на фронте и в тылу.

Вскоре музей получил наименование «Военно-медицинского музея с научно-исследовательскими отделами по изучению опыта войны». С сентября 1943 г. его штатная структура была увеличена до 40 военнослужащих и 157 вольнонаемных сотрудников. Самостоятельный филиал, а затем отдел музея – музей ВСУ Ленинградского фронта – был создан в блокадном Ленинграде, под руководством начальника ВСУ Д.Н. Верховского. Он размещался на улице Ракова (сегодня улице возвращено историческое название «Итальянская»). Впоследствии филиал вошел в состав музея.

В то же время сотрудники исторического отдела музея работали в архивах и музеях, выявляя и копируя документы по довоенному периоду истории отечественной медицины. Фонды пополнялись ценными экспонатами периодов Крымской войны 1853–1856 гг., Русско-турецкой 1877–1878 гг., Русско-японской 1904–1905 гг. и т.п. Впоследствии в состав музея вошли остатки фондов существовавших в дореволюционный и довоенный период учреждений: Хирургического музея Военно-медицинской академии, выставки «Жизнь Красной армии» 1920 г., военно-санитарного музея, созданного в 1920-е гг., и открытого на средства Хирургического общества имени Н.И. Пирогова еще в конце XIX в. Пироговского музея, – расформированных к 1935 г.

Таким образом, музей стал преемником существовавших прежде в стране медицинских музеев, перенимая и совершенствуя их опыт работы, сохранив множество оставшихся после их закрытия уникальных экспонатов. Кроме того, вобрав в свой состав личные документы и вещи многих выдающихся отечественных медиков, к началу XXI в. он сосредоточил в своих хранилищах более 300 персональных фондов медицинских деятелей, многие из которых представляют собой основу для создания мемориальных музеев крупных представителей российской медицины.

Одним из примеров развертывания персонального фонда в мемориальный музей является организация музея Н.И. Пирогова на Украине. Постановлением СНК СССР от 27 октября 1944 г. было предписано создать в освобожденном от противника в Винницкой области Украины бывшем имении Николая Ивановича Пирогова «Вишня» музей великого русского хирурга. Эта миссия возлагалась на сотрудников Военно-медицинского музея. Руководил созданием музея полковник медицинской службы В.Г. Герасименко, участниками были все видные сотрудники ВММ. С весны 1945 г. на территории усадьбы начались ремонтные работы; из Ленинграда, Киева, Харькова и Винницы для проведения работ по созданию музея выехали специалисты разных профессий. Была проведена уникальная реставрация бальзамированного тела Н.И. Пирогова, которое разрушалось на протяжении 65 лет после его смерти; восстановлено место его погребения. Скульптором И.В. Крестовским был создан бюст хирурга. Надо учесть, что все это происходило в тяжелые для страны годы восстановления разрушенного войной народного хозяйства, когда государство считало каждую копейку, залечивая нанесенные врагом раны. Через 2,5 года после начала работ, 9 сентября 1947 г., музей был торжественно открыт. За последующие 9 лет, когда он являлся филиалом Военно-медицинского музея, в его фонды поступило, в том числе, из ВММ, более 1700 музейных предметов, сформировалась научная библиотека в составе около 5 тыс. томов. В 1956 г. музей Н.И. Пирогова в имении Вишня был передан в ведение Министерства здравоохранения УССР. В настоящее время он является национальным музеем Украины и имеет статус природоохранного объекта.

В конце войны было принято решение перевести Военно-медицинский музей в Ленинград, где исторически сложился центр военно-медицинской мысли и более полутора столетий работала Военно-медицинская академия. Академия являлась Alma Mater для многих сотрудников музея, поэтому переезд стал для них желанным. Да и сам замысел создания музея предполагал, что его экспозиция станет дополнительным источником знаний для слушателей ВМА, призванной пополнять армию квалифицированными медицинскими кадрами.

Несмотря на большие разрушения, которым подвергся город на Неве во время Блокады, для музея было подобрано обширное здание в центре Ленинграда, на Лазаретном переулке напротив Витебского вокзала, построенное в 1799 г. по проекту архитектора Ф.И. Демерцова. В императорский период истории в нем находился военный Семеновский-Александровский военный госпиталь, а после революции – медицинское училище имени Н.А. Щорса. Для администрации здесь же, на Введенском канале, предназначался корпус, построенный в 1930-х гг. Кроме того, неподалеку, на Рузовской улице, было выделено два здания для размещения части документов

Архива и устройства общежития сотрудников. Все эти здания требовали ремонта, а музейный корпус – кардинальной перестройки.

Реконструкция бывшего госпиталя и военного училища была проведена под руководством архитекторов Б.Н. Журавлева и И.М. Чайко. После перестройки здание музея получило торжественно оформленный фасад, увенчанный нарядным портиком из шести полуколонн, между которыми помещены барельефы с портретами Н.И. Пирогова, С.П. Боткина, И.П. Павлова, З.П. Соловьева и Н.Н. Бурденко. Над ними помещена крупная надпись: «Военно-медицинский музей».

Художественное оформление экспозиции выполнила бригада художников под руководством В.М. Конашевича. Многочисленный коллектив художников, скульпторов и макетчиков продолжал создавать портреты, модели, макеты, фотомонтажи, диорамы... Одновременно в Ленинград поступали из Москвы архивные и музейные материалы, заказанная в Германии музейная мебель; часть предметов мебели изготавливалась на фабриках и в мастерских города на Неве. Нередко до музея грузы перевозились на баржах по Введенскому каналу и разгружались сотрудниками ВММ. Была проведена большая работа по приему, сортировке и систематизации музейных предметов и документов.

В 1948 г. было принято «Положение в Военно-медицинском музее», который получил название «Военно-медицинский музей Вооруженных Сил СССР». Экспозиция была развернута на трех этажах: первый этаж был посвящен отечественной военной медицине от ее зарождения до начала Великой Отечественной войны, второй – организации медицинского обеспечения военных действий в 1941–1945 гг., третий – лечению больных и раненых и достижениям военной медицины за годы войны. Всего музей развернул 38 экспозиционных залов (Военно-медицинский 1951). Открытие экспозиции в Ленинграде состоялось 25 сентября 1951 г. по приказу военного министра СССР Маршала Советского Союза А.М. Василевского. Созданное научно-исследовательское и культурно-просветительское учреждение явилось, по словам Е.И. Смирнова, «сокровищницей медицинской науки» (Шабунин 1993: 63); посетители называли его «медицинским Эрмитажем». Посещение музея стало доступным всем желающим. Созданный в тяжелые военные и послевоенные годы, музей развернул широкую научно-исследовательскую и просветительскую деятельность, распространяя свое влияние не только на узкий круг специалистов, но и служа источником медико-санитарного просвещения, работая с передвижными выставками в воинских частях, публикуя научно-популярные брошюры по вопросам гигиены и питания, открывая свои двери каждому интересующемуся историей медицины посетителю.

Главным направлением деятельности музея стала научно-исследовательская работа. Начиная с 1946 г., в стенах музея происходила разработка

труда «Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.». С этой целью штат музея был увеличен до 123 военнослужащих и 581 вольнонаемного сотрудника. Постановлением Совета министров СССР № 644 от 26 марта 1946 г. работа сотрудников научно-исследовательских отделов музея была приравнена по оплате труда и материально-техническому обеспечению к деятельности научно-исследовательских институтов АМН СССР.

Всего же в составлении «Опыта...» приняло участие около 1700 авторов, которыми было изучено около 1,5 млн историй болезни (Смирнов 1979: 513). В результате кропотливых исследований в период с 1949 г. по 1955 г. было выпущено 35 томов труда, каждый – тиражом в полмиллиона экземпляров. Этот обширный обобщающий труд стал первым в мире столь масштабным и разносторонним исследованием медицинского опыта прошедшей войны.

«Опыт...» имел огромное значение для развития современной медицинской науки (Грибовская, Бринюк 2012). Кроме него, на базе материалов музея были созданы 6-томный «Энциклопедический словарь военной медицины», труды деятелей и историков военной медицины Е.И. Смирнова, А.С. Георгиевского, Д.Д. Кувшинского, Э.А. Нечаева, В.В. Сосина и многих других. Долгие годы издавались сборники научных трудов сотрудников музея, справочники, брошюры. Начиная с 1946 г., на базе музея работает Санкт-Петербургское (Ленинградское) научное общество историков медицины, проводятся научные конференции.

В конце 1960-х гг. потребовалось проведение капитального ремонта экспозиционного корпуса музея, который по этой причине был закрыт и законсервирован. Экспозиция на некоторое время прекратила свое существование. Наступившая перестройка и развал Советского Союза значительно затянули процесс выделения средств на ремонт корпуса.

Однако, несмотря на трудное положение музея в первые годы существования суверенной России, в нем активно продолжалась научно-исследовательская и экспозиционная деятельность, издавались научные и научно-популярные статьи, справочники «Памятники военным медикам» и «Памятные даты военной медицины». Важными достижениями в исследовательской работе музея стали четырехтомный справочник «Военные врачи – участники Великой Отечественной войны» и фундаментальный труд «История военной медицины России» (3 тома), исследования «Военная медицина СССР и Финляндии в Советско-финляндской (Зимней) войне 1939–1940 гг.», «История медицины Санкт-Петербурга» (первый том посвящен XVIII, второй – XIX – XX вв.), «Лейб-гвардии Семеновский полк и его госпиталь», «Великий Боткин. Сердце, отданное людям», «Николай Иванович Ижевский – организатор судебно-медицинской службы Санкт-Петербурга» и другие работы.

В 2001 г., после долгого перерыва, в административном корпусе на улице Введенского канала, д. 6, экспозиция Военно-медицинского музея была воссоздана. Она носила название «Медицина России и Санкт-Петербурга» и состояла из 14 залов, 2 галерей и часовни. Часовня Введения во храм Пресвятой Богородицы, созданная в помещении музея в память утраченного в советский период Введенского храма на площади перед Витебским вокзалом, включает экспозицию, посвященную истории лейб-гвардии Семеновского полка.

Сегодня Военно-медицинский музей – Музей медицины России и военно-медицинской службы – остается крупнейшим медицинским музеем мира. В нем хранится более 450 тыс. музейных предметов, во всем многообразии отражающих не только развитие медицины, но и драматическую историю нашей страны и армии. Более 300 персональных фондов крупных российских медиков (Н.И. Пирогова, С.П. Боткина, В.М. Бехтерева, Н.А. Вельяминова, И.П. Павлова, Н.Н. Бурденко и др.) сохраняют и открывают потомкам вклад выдающихся ученых и врачей в развитие мировых медицинских знаний. Научная библиотека музея насчитывает более 100 тыс. книг, журналов, рукописей и т.п. (Военно-медицинский 2012). Музей пополняется и экспонатами современного периода отечественной медицины, часть которых представлена в зале экспозиции «Медицина вооруженных конфликтов и чрезвычайных ситуаций». В последние годы из состава музея был выделен Архив военно-медицинских документов, который стал филиалом Центрального архива Министерства обороны Российской Федерации.

Продолжается научно-исследовательская деятельность музея, его сотрудниками публикуются монографии, десятки научных статей и докладов. На основе многолетнего труда коллектива музея в 2017 г. издан обширный биографический справочник «Главные победы военных врачей. Военные врачи в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг.». Военно-медицинский музей принимает активное участие в многочисленных российских и международных экспозиционных проектах, демонстрирует свои выставки в России и за рубежом. Наиболее яркими событиями в жизни музея стали постоянные и временные экспозиции и выставки: «Анатомический театр», «Милосердие без границ», «Между жизнью и смертью», «Вместе мы сильны», «Медицина высоты», «Медицина Санкт-Петербурга» и др.

Военно-медицинский музей предлагает посетителям увлекательные экскурсии, лекции, интерактивные занятия и другие мероприятия. Музей является постоянным участником международной акции «Ночь музеев», неизменно представляет свои проекты на музейном фестивале «Интермузей», участвует в петербургском конкурсе «Музейный Олимп». Ряд выставочных проектов музея получил дипломы и премии на этих конкурсах. За большой вклад в развитие музейного дела и сохранение исторических традиций отечественной медицины 27 августа 2001 г. коллективу Военно-медицинского

музея была объявлена благодарность Президента Российской Федерации В.В. Путина.

Музей активно присутствует в социальных сетях, устраивает тематические дни, осуществляет серию детских познавательных и интерактивных программ. Кроме того, ВММ продолжает оставаться учебной и научной базой для учащихся и преподавателей специализированных и общеобразовательных учебных заведений, медицинской общественности, служит просветительским целям по пропаганде медицинских знаний среди школьников и взрослых. Тематика экскурсий по залам музея весьма широка и вызывает интерес в самых разных кругах посетителей. В рубриках «Открытые фонды», «Предмет недели», «Новые поступления» на страницах официального сайта и в социальных сетях музеем демонстрируются уникальные музейные предметы. Военно-медицинский музей стал инициатором новой программы по повышению профессионального уровня работников музеев «Школа музейного мастерства»; пропагандируя здоровье и спорт, проводит «Школу здорового образа жизни» и пр.

Сегодня Военно-медицинский музей является органической частью музейного пространства России. Накануне своего почтенного 75-летнего юбилея он молодеет, становится более открытым и современным. Экспозиция и выставки, созданные в музее, отражают историю развития российской военной и гражданской медицины с первых веков существования русского государства. Музей сохраняет и пропагандирует духовные и научные ценности здравоохранения, милосердие и жертвенность медицинского работника. Он по-прежнему является сокровищницей опыта отечественной медицины и служит памятником самоотверженному труду российских медиков. Созданный в пламени войны, музей продолжает преданно служить идеям милосердия и гуманизма.

Литература

1. Военно-медицинский музей: Путеводитель. Л.: ВММ, 1951. 131 с.
2. Военно-медицинский музей: Путеводитель. СПб.: ВМедА, ВММ, 2012. 55 [1]с.
3. Грибовская Г.А., Бринюк Н.Ю. Хранитель традиций и истории российской медицины // Военный врач. 2013. №№ 1–3 (1825–1827). С. 11–12.
4. Гриф секретности снят: Потери Вооруженных Сил СССР в войнах, боевых действиях и военных конфликтах: Статистическое исследование. М.: Воениздат, 1993. 415 с.
5. Дыскин Е.А., Шабунин А.В. Алексей Николаевич Максименков (1906–1968). СПб., ВММ МО РФ, 1995. 92 с.
6. Подвиг народа: вклад народов СССР в Победу в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. / Под ред. И.И. Басика. СПб.: Изд-во «Аврора», 2015. 536 с.
7. Смирнов Е.И. Война и военная медицина. 2-е изд. М.: Воениздат, 1979. 524 с.
8. Смирнов Е.И. Фронтное милосердие. М.: Воениздат, 1991. 427, [3] с.
9. Шабунин А.В. Военно-медицинский музей: 1943–1993. Ист. очерк. СПб.: ВММ, 1993. 159 с.

**«О ПРОШЛОМ – ДЛЯ БУДУЩЕГО»
(МУЗЕЙ ИСТОРИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ)**

Н.А. Бурдиян

Г.И. Погодаева

ГПОУ Читинский медицинский колледж

**«ABOUT THE LAST – FOR THE FUTURE»
(MUSEUM OF HEALTH HISTORY
OF ZABAYKALSKY REGION)**

N.A. Burdian

G.I. Pogodaeva

GPOU Chita medical College

Аннотация: в статье освещается создание и работа музея истории здравоохранения Забайкальского края, на примере выдающихся личностей в истории края.

Abstract: in the article highlights creature and work museum of health history of Zabaykalsky region, on the example of an outstanding personality in the history of the region.

Ключевые слова: история медицины, музей, исследовательская работа, краеведческая работа, экскурсии, экспозиции, библиотека.

Key words: the history of medicine, museum, research work, local work, excursions, exhibitions, library.

Образовательная деятельность – одно из главных направлений работы любого музея. Сегодня проблемы формирования культурных специалистов, способных вести доверительный диалог с пациентом, не менее важны, чем вопросы собственно профессиональной подготовки будущих медицинских работников. Понятие культуры включает в себя много аспектов, в том числе предполагает и глубокие знания в области истории избранной профессии. В этой связи роль музеев истории медицины трудно переоценить...

Музей истории здравоохранения Забайкальского края является структурным подразделением Читинского медицинского колледжа и участвует в образовательном процессе. В его задачи входит проведение научно-исследовательской, собирательской, научно-фондовой и экскурсионной работы в целях сохранения и популяризации историко-культурного и научного наследия старейшего (с 2012 года краевая научная медицинская библиотека и музей истории здравоохранения Забайкальского края как ее структурное подразделение в результате реорганизаций находятся в составе Читинского медицинского колледжа).

Долгие годы история здравоохранения оставалась самым малоизученным разделом забайкальского краеведения. Если о медиках дореволюционного Забайкалья рассказал в своих документальных очерках врач, писатель, исследователь Забайкалья Е.Д. Петряев, то советский период был изучен очень мало. Ученые Читинского медицинского института изучали организацию здравоохранения и здоровье населения края за 200 лет (К.И. Журавлева), но работ этих было мало, и широкий круг краеведов о них не знал.

Лечебные учреждения Читы и районов края не знали своей истории, мало знали о сотрудниках, которые своим самоотверженным трудом заслужили благодарную память населения. (Приятное исключение – история Областной больницы им. Ленина, изученная хирургом больницы А.Е. Пажитновым). Не было даже полного списка врачей Забайкалья, удостоенных почетного звания «Заслуженный врач РСФСР». И вина в этом не столько медиков, всегда больше озабоченных проблемами сегодняшнего и завтрашнего дней, а всех краеведов. Это хорошо понимали сотрудники Областной научной медицинской библиотеки.

Краеведческая работа библиотеки началась в 1975 г., когда штат библиотеки пополнился новыми сотрудниками, уже имевшими опыт краеведческой работы. Первыми шагами стали лекции-обзоры «Светя другим, сгораю сам» и «В годы мира и войны», прочитанные в медицинских учреждениях Читы, издание серии биобиблиографических памяток «Из истории здравоохранения Забайкалья», приуроченных к юбилеям известных в Забайкалье врачей: декабриста Ф.Б. Вольфа (1975 г.), офтальмолога Н.Н. Макарова (1981 г.), чумолога И.С. Дудченко (1982 г.), эпидемиолога Е.Д. Петряева (1983 г.). Отклики на эти издания были положительными. Племянники врача Н.Н.Макарова в знак благодарности прислали библиотеке сохранившийся у них архив дяди и его жены врача П.И. Макаровой – Соболевой: документы, фотографии, награды, шкатулку. В шкатулке, подаренной Н.Н. Макарову в 1912 г. узником Алгачинской каторжной тюрьмы Иваном Антоновым, в знак благодарности любимому доктору, долгие годы хранились документы и семейные реликвии. Книги из библиотеки Н.Н.Макарова еще раньше были приобретены библиотекой и хранятся в редком фонде библиотеки. В июне 2004 г. эти реликвии до слез обрадовали молодую представительницу рода Макаровых Марину Геннадьевну Ральпо-Макарову, посетившую наш музей по дороге из Владивостока в Новосибирск.

«Давайте работать сами, приводя в известность полезные дела других», – эти слова Е.Д. Петряева – врача, писателя, исследователя Забайкалья стали девизом краеведческой работы Читинской областной (краевой) научной медицинской библиотеки. Начиная с 1989 г., библиотека активно собирает, изучает и пропагандирует материалы по истории здравоохранения Забайкалья.

Тогда, в 1980-х годах прошлого века в ряд первоочередных задач выдвинулась работа по созданию общественного Музея истории здравоохранения края. Хотя сотрудники библиотеки и раньше занимались медицинским краеведением, но это была скорее научно-просветительская деятельность.

Задача по созданию музея медицины ставилась еще на съезде медицинских работников Забайкальской области 1917 г.: «Санитарное Бюро должно озаботиться учреждением музея санитарно – гигиенического, хотя бы в виде отдела при существующем городском музее» (Труды съезда медицинских работников Забайкальской области 1-5 ноября 1917 года. – С. 49).

К созданию музея коллектив библиотеки подошел основательно подготовившись. Штат библиотеки пополнился опытным специалистом-краеведом Р. И. Цуприк, намечен план работ, привлечены ветераны медицинской службы края. Работа началась с выявления и копирования архивных документов в Читинском и Иркутском государственных архивах, изучения истории старейших лечебно-профилактических учреждений города и районов. На основе собранных материалов составлялась научная концепция музея, публиковались статьи в различных местных и региональных изданиях (Улан-Удэ, Новосибирск, Казань, районные издания).

Музей – дело коллективное, поэтому самыми активными и увлеченными помощниками стали врачи-ветераны: О.Н. Троицкий, В.Н. Лесков, сестры К.П. и Т.П. Корнаковы, А.В. Сергеев, А.С. Петрова, Н.И. Лядина, З.В. Мещерякова, С.А. Немировская, К.И. Юдина, В.А. Агафонов, А.М. Николаева, А.П. Фадеева, М.Д. Шапиро, В.П. Герасимова, ветераны Врачебно-санитарной службы Забайкальской железной дороги – Е.И. Михалюк, В.Г. Егизарян, М.Г. Урютина, читинские краеведы В.Г. и Г.П. Лобановы и др.

В 1989-90 гг. в районных газетах были опубликованы воспоминания известных забайкальских врачей, которые начинали свою деятельность в районных больницах области: К.П. Корнаковой и М.Д. Шапиро (Чернышевск), А.С. Петровой и А.В. Сергеева (Балей), В.П. Герасимовой (Тунгочен). Публикация в газетах воспоминаний известных забайкальских врачей активизировала работу по сбору и оформлению материалов и в районах области.

Несмотря на все финансовые трудности 90-х годов, нам удалось посетить многие районы края, встретиться с ветеранами-медиками, работниками музеев, краеведами, старожилами. Эти встречи принесли первые ценные экспонаты в фонд музея, а главное – познакомили с удивительными людьми, о которых мы почти ничего не знали. Нашими активными помощниками в районах области, консультантами, авторами статей по истории здравоохранения стали врачи: Ж.Л. Ландаков (Агинское), А.В. Быстрова (ст. Дарасун), А.С. Юхимович (Букачача), А.П. Воронянская и С.С. Клочков (г. Петровск-Забайкальский), А.М. Садырина (Хилок), В.А. Шипицын (Балей, Красно-

ярск) и др. К сожалению, некоторых из них уже нет с нами, но вклад в изучение истории здравоохранения они успели внести большой.

Фельдшер Приаргунской ЦРБ, зав. библиотекой А.Г. Лапердина в своем рабочем кабинете оформила экспозицию по истории здравоохранения Приаргунского района и проводила экскурсии, составила справку по истории своей больницы. Заведующая библиотекой Сретенской ЦРБ Л.А. Белоносова создала большой альбом по истории больницы, который в этом году был передан в музей. Одним из первых внес свой ценный вклад в фонд музея фельдшер ветеран Степан Григорьевич Лесков, работавший в Балейском и Шелопугинском районах. Альбом с фотографиями и биографиями своих бывших коллег, медицинский справочник, долгие годы служивший настольной книгой фельдшера, баночка с американским акрихином, которым лечили малярию в годы Великой Отечественной войны.

Нашлось много активных помощников и за пределами области: В.Ф. Уляндра – в Иркутске; Н.А. Семенова – в Санкт-Петербурге, бывший директор Читинской областной библиотеки им. Пушкина, она отыскала дочь военного врача-рентгенолога, организатора рентгенологической службы в Чите в 1932-1939 гг П.К. Солдатов; Л.Г. Шуплецова в Новосибирске отыскала сына врача-психиатра, заслуженного врача РСФСР Л.И. Володарской. Жившая в Москве заслуженный врач РСФСР, бывший главный педиатр области А.С. Петрова отыскала сына Марии Демьяновны Пациора – д.м.н., организатора Читинской областной станции переливания крови (1939 г.). Эти семьи пополнили фонд музея очень ценными материалами. Бесценный вклад в фонд музея сделали семьи врачей-эпидемиологов, исследователей Забайкалья Е.Д. Петряева (г. Киров) и В.В. Казимирова (г. Рязань). Наталья Евгеньевна Петряева переслала в Читку забайкальскую часть архива отца, а Евгения Викторовна Казимирова – переписку отца с Е.Д. Петряевым. Эти ценные документы переданы в Государственный архив Читинской области (Забайкальского края) и государственный краеведческий музей, а копии пополнили фонд нашего музея.

Научно-исследовательская деятельность, формирование фондов музея все эти годы успешно сочеталась с пропагандой материалов по истории здравоохранения области. Продолжалось издание библиографических памяток, посвященных юбилеям читинских врачей: М.Г. Старосельского и К.П. Корнаковой (1990 г.), А.В. Сергеева (1991 г.), Я.М. Шольца (1991 г.), В.Ф. Тальковского (1991 г.), В.А. Коханского (1994 г.).

С 1991 г. в период сбора материалов и подготовки постоянной экспозиции началось издание сборника «Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области (Забайкальского края)». Это ежегодное научное издание рассказывает о юбилеях – лечебных учреждениях области, о лучших старейших медицинских работниках XVIII – XXI вв.

Каждая статья сопровождается библиографией. Авторы статей – руководители и сотрудники медицинских учреждений, коллеги и ученики юбиляров, сотрудники библиотеки, Государственного архива, краевого краеведческого музея, журналисты. Издано 27 выпусков Календаря (1991-2017 гг.). Многие материалы публикуются впервые. Неизменным редактором-составителем восемнадцати выпусков была Р.И. Цуприк. Раиса Ивановна Цуприк – библиограф-краевед, почетный гражданин города Читы, увлеченный человек и великая труженица. К сожалению, в 2009 г. она ушла из жизни.

Углубленные архивные исследования позволили воскресить имена многих забытых медиков старого Забайкалья. В их числе доктора медицинских наук А.В. Воскресенский и В.А. Бурмакин, корреспондент Л.Н. Толстого, борец с пьянством врач П.С. Алексеев и др. Документы Иркутского государственного архива в 1990 г. впервые познакомили нас с купцом, организатором Сретенского «Общества пособия бедным» (1901 г.) и Сретенской больницы для бедных (1903 г.) Н.С. Павловым. На его личные средства больница существовала долгие годы и до 1918 г. носила его имя.

Параллельно с исследовательской работой, все эти годы активно формировались фонды музея, его коллекции, проводились юбилейные выставки. В 2004 году к 80-летию юбилею Областной клинической больницы была развернута большая юбилейная выставка. Эта же экспозиция была представлена на выставке «Читамедсервис-2004» в Забайкальском выставочном центре (12-14 мая). Библиотека была удостоена Диплома конкурсной комиссии «За научно-исследовательскую работу в области истории здравоохранения и краеведения». Фонд музея активно использовался составителями юбилейного сборника «80 лет на службе здоровья» (Чита, 2004 – 155 с.)

В апреле 2014 года Краевая клиническая больница, крупнейшее учреждение здравоохранения Забайкалья, отмечала уже 90-летний юбилей. В связи с этим усилиями сотрудников медицинской библиотеки и краевой клинической больницы была подготовлена большая музейная экспозиция. Руководство больницы передало в фонды музея большое количество экспонатов, документов, фотографий.

В 2004 г. удалось осуществить давнюю мечту Р. И. Цуприк – издать книгу об известном в Забайкалье хирурге В.А. Коханском, который в 1939 г. возглавлял автохирургический отряд на Халхин-Голе, был главным хирургом отдела эвакогоспиталей Читинской области. По материалам музея, воспоминаниям ветеранов библиотека подготовила и издала книгу «Жизнь во имя жизни» (К 100-летию В.А. Коханского, заслуженного врача РСФСР, Почетного гражданина г. Читы). Именем этого человека названа улица в медицинском районе Читы, проводится профессиональный конкурс медицинских работников. Присвоение улице этого имени удалось благодаря настойчивости краеведа-библиографа Р.И. Цуприк и медицинской общественности.

За прошедшие годы накопился большой исторический материал, и созрела необходимость в постоянной экспозиции музея, которая была открыта в 2007 г. Научное проектирование и художественное решение было профессионально выполнено научными сотрудниками Забайкальского краевого краеведческого музея и специалистами краевой медицинской библиотеки.

В экспозиции музея получили отражение многие темы истории краевого здравоохранения – первые лечебные учреждения края начинались с Нерчинской каторги: на старой карте Забайкальской области показаны места каторжных заводов и при них лазареты и госпиталя. Первая гражданская, военная, железнодорожная и земская больницы. Борьба с чумой и инфекционными заболеваниями, тибетская медицина, аптечное дело, Забайкальское общество врачей, краевая патология и эпидемиология, а также история развития таких отраслей медицины, как диагностика, психиатрической, терапевтической и хирургической служб, офтальмологии, стоматологии, онкологии, материнства и детства. Представлены фотографии Героя Социалистического труда Н.К. Северской, Народного врача Т.И. Кочетковой, руководителей Читинского областного отдела здравоохранения. Материалы экспозиции, рассказывающие о борьбе с чумой, дополнены моделью фигуры врача в полном противочумном костюме.

История здравоохранения края показана на примере жизни и деятельности замечательных людей: врача – декабриста Ф.Б. Вольфа (штаб-лекаря, отбывавшего каторгу в Читинском остроге), врача-хирурга В.Ф. Войно-Ясенецкого – архиепископа Луки (в период Русско-японской войны 1904-05 прибыл в Читку в составе Киевского лазарета Красного Креста, зав. отделением хирургического госпиталя), фельдшера Д.Т. Карепина, хирурга-стоматолога, первого пластического хирурга края и самодеятельного художника В.З. Любарского и многих других. В музее представлена галерея из портретов врачей работы профессиональных и самодеятельных художников: В.Ф. Тальковского, В.Н. Коханского (художник С. Прудников), А.Д. Загребина (художник Чередник), В. К. Яковлева (самодеятельный художник В.З. Любарский).

В экспозиции представлен кабинет врача – исследователя. Известно, что многие врачи имели не только медицинскую практику, но и занимались научной деятельностью. Исследователи краевой патологии Н. И. Кашин и Е.В. Бек, А.К. Белявский, В.А. Бурмакин, И.С. Дудченко-Колбасенко и др. На столе письменный прибор, шкатулка Н.Н. Макарова, настольная лампа, книги, рецепты, а над столом портреты врачей, членов и руководителей Забайкальского общества врачей: Н.Н. Макарова, его жены врача П.И. Макаровой-Соболевой, В.В. Кирилова с женой, А.Г. Цитовича, А.В. Воскресенского.

Библиотека и музей по праву считаются центром медицинского краеведения Забайкалья. Здесь сосредоточены сведения обо всех событиях прошлого

и настоящего края в области здравоохранения. Наряду с экскурсионной работой, ведется большая исследовательская работа. В Читинском медицинском колледже работает студенческий краеведческий кружок. Изучается народная медицина и здравоохранение народов Забайкальского края – бурят, эвенков и казачьего сословия. Тесное сотрудничество с краеведами Республики Бурятия и обмен краеведческими материалами стали регулярными. Опубликованы материалы по темам «Медики Забайкалья в событиях на р. Халхин-Гол», «Медики Забайкалья в годы Великой Отечественной войны» и др.

Однажды в библиотеку пришло письмо из польского музея фармации. Сотрудники музея интересовались жизнью и деятельностью ботаника и фармацевта Ф.К. Каро, который в конце XIX – начале XX вв. проживал в Нерчинске и работал в аптеке братьев Бутиных. Каро изучал забайкальскую флору, собирал гербарии и высылал их в Ботанический музей АН и Ботанический сад Санкт-Петербурга, ученому ботанику Фрейну в Вену. Сотрудники музея фармации были удовлетворены ответом, получили ответы на свои вопросы.

Библиотека принимала участие в работе фестиваля минеральной воды «За здоровьем в Забайкалье». Библиограф-краевед Г.И. Погодаева выступила с сообщением «Лечебные свойства недр Забайкалья» во время круглого стола. В читальном зале была оформлена книжно – иллюстративная выставка с редкими фотографиями из фондов музея «Лечебные свойства недр Забайкалья», которую посетили представители делегации «Великого чайного пути» из Китая. Они оставили высокий отзыв о деятельности медицинских краеведов с пожеланиями процветания библиотеке и музею.

Сегодня в фонде музея собрано большое количество документов, фотографий, инструментов, личных вещей медиков-забайкальцев, материалы по истории старейших медицинских учреждений Читы и Забайкальского края. Большое внимание уделяется пропаганде краеведческих материалов. Ежегодно проводится более 50-ти экскурсий для студентов медицинского колледжа и Читинской государственной медицинской академии, пользователей библиотеки, работников практического здравоохранения, историков, краеведов, школьников профильных медицинских классов школ г. Читы. После посещения музея у школьников появляется горячее желание посвятить себя самой благородной профессии в мире, у студентов-медиков и врачей укрепляется вера в правильности избранного пути служения страждущему человеку, у больных – вера в свое выздоровление.

Экскурсии проводят библиографы – краеведы Г.И. Погодаева, Н.В. Попека и Е.В. Замарехина.

То, что краеведение – одно из ведущих направлений деятельности библиотеки – примета времени, когда в российском обществе снова становятся востребованными патриотизм и знание отечественной истории.

На начало 2014 года в России функционировало 89 медицинских музеев в 34 субъектах Российской Федерации. Большинство из них являются ведомственными и подчиняются Министерству здравоохранения РФ.

В Чите сегодня имеется несколько медицинских музеев – в ЧГМА, в Городской клинической больнице № 1, на противочумной станции, при пограничном и окружном военных госпиталях и у каждого из них свои рамки и задачи. Музей истории здравоохранения Забайкальского края – универсальный, его экспозиции стараются отразить развитие здравоохранения в крае как можно полнее, и отразить на примере специалистов-медиков, личности в истории, не на примере истории медицины и медицинской техники, а развитии служб и отраслей здравоохранения на примере одного Забайкальского края через руководителей, медиков специалистов.

Музей включен в Реестр историко-медицинских музеев при Минздраве России (www.historimed.ru – энциклопедия – музей).

Литература

1. Погодаева Г. И. Музей истории здравоохранения Забайкальского края // Малая энциклопедия Забайкалья: Здравоохранение и медицина. – Новосибирск: Наука, 2011. – С. 312-313.
2. Погодаева Г. И. Медики – забайкальцы в войнах прошлого столетия: факты, документы, воспоминания / Г. И. Погодаева // Будьте здоровы! – 2014. – № 13. – С. 6.
3. Саклаков А. В. Музей истории здравоохранения Забайкальского края / А. В. Саклаков, Г. И. Погодаева // Забайкальский медицинский журнал. – 2014. – № 3. – С. 76-78.
4. Саклаков А. В. Подлинно и врачебно: долгие годы история здравоохранения осталась малоизученным разделом забайкальского краеведения / А. В. Саклаков, Г. И. Погодаева // Медицинская газета. – 2014. – 29 авг. – С. 15.

**О МУЗЕЕ БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ОМСКОЙ ОБЛАСТИ «КЛИНИЧЕСКАЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКАЯ
БОЛЬНИЦА ИМЕНИ В.П. ВЫХОДЦЕВА»**

А.В. Выходцев

*Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клиническая
офтальмологическая больница имени В.П. Выходцева»*

Л.А. Трещеткина

*Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клиническая
офтальмологическая больница имени В.П. Выходцева»*

Т.П. Мордкович

*Омский государственный университет
имени Ф.М. Достоевского*

**ABOUT MUSEUM OF THE BUDGETARY HEALTHCARE
INSTITUTION OF OMSK REGION «CLINICAL OPHTHALMOLOGIC
HOSPITAL NAMED AFTER V.P. VYKHODTSEV»**

A.V. Vykhodtsev

*Budgetary Healthcare Institution of Omsk Region
«Clinical Ophthalmologic Hospital named after V.P. Vykhodtsev»*

L.A. Treshchetkina

*Budgetary Healthcare Institution of Omsk Region
«Clinical Ophthalmologic Hospital named after V.P. Vykhodtsev»*

T.P. Mordkovich

Omsk State University named after F.M. Dostoevsky

Аннотация: статья посвящена истории создания музея Омской клинической офтальмологической больницы. В экспозициях музея представлены основные этапы развития офтальмологической помощи населению г. Омска и Омской области, вклад коллектива в дело охраны зрения населения в разные годы, биография и заслуги создателя Омского офтальмологического межобластного микрохирургического центра В.П. Выходцева.

Abstract: The article is devoted to the history of foundation of the Museum of Omsk Clinical Ophthalmologic Hospital. The Permanent exhibition of the Museum presents the main development stages of ophthalmologic care rendered to the residents of Omsk City and Omsk Region, the contribution of the personnel specialists to the eye protection of the population in different periods of time, the biography and achievements of the founder of Omsk Ophthalmological Interregional Microsurgical Center of V.P. Vykhodtsev.

Ключевые слова: первый хранитель, основатель, исторические периоды, борьба с глазными болезнями, музейные экспозиции, портретные галереи, книга памяти.

Key words: the first museum curator, founder, historical periods, control of eye diseases, museum expositions, portrait galleries, memorial book.

Музей бюджетного учреждения здравоохранения «Клиническая офтальмологическая больница имени В.П. Выходцева» создан в клинике на основании приказа главного врача от 13.06.2013 года в целях сохранения материалов значимых событий, связанных с образованием и развитием офтальмологической службы в Омской области и трудовой биографией коллектива больницы. Необходимо сохранять память о людях, принявших участие в зарождении омской офтальмологии в конце XIX, начале XX веков, о первых лечебных учреждениях в Омске, о первых научных исследованиях и их практическом применении в деятельности окулистов, о вкладе омского медицинского сообщества в борьбу с глазными болезнями и достигнутых результатах для единения каждого последующего поколения коллектива через чувства благодарности, гордости и ответственности за общее дело, для улучшения профессиональной ориентации молодых медицинских кадров. Первое знакомство студентов медицинского университета и медицинских колледжей с офтальмологической больницей начинается с музея.

Создана основная рабочая группа в составе: А.В. Выходцев – главный врач, Е.Н. Калинина – начальник отдела кадров, Л.А. Трещеткина – врач-методист организационно-методического отдела, Ю.В. Гаврилова – главная медицинская сестра, А.Т. Казанцева – председатель Совета ветеранов больницы, Г.Т. Дзивульская – архивариус, Т.П. Мордкович – музеолог, экспозиционер и вспомогательная группа из руководителей структурных подразделений.

Музею выделено помещение на 2 этаже за лекционной аудиторией в здании больницы по ул. Лермонтова, 60. Для размещения экспонатов и оформления музейных стендов приобретены специальная мебель и оборудование.

Первым хранителем и основателем большого собрания исторических материалов явился родоначальник кафедры офтальмологии Омского медицинского института профессор А.А. Бугаев. Неоценимый вклад в появление музея внесла врач-офтальмолог Т.Л. Маркова, в разные годы выполнявшая функции главного врача, заведующей отделением больницы, председателя Совета ветеранов больницы; во многом написанная ею книга по материалам архивов, семейного (дедушка – Пепеляев А.Н. – коллега проф. А.А. Бугаева с основания кафедры глазных болезней, тетка – Вараксина Т.А. – работала в клинике с 1945 по 1978 годы, была заведующей детским отделением, врачом кабинета неотложной помощи) и больничного, послужила источником для создания музея. Уникальные предметы (инструментарий XX века), подлинные документы, личные архивные материалы (Пепеляева А.Н., диссертация 1914 года А.А. Бугаева, научные статьи, документы на ученые звания, грамоты и пр.), фотографии знаменательных и текущих дат, членов коллек-

тива в разные исторические периоды позволили разработать концепцию и создать музейную экспозицию по разделам:

«Они были первыми» (конец XIX века – начало XX века) – из истории медицинского просвещения в Сибири. Дана краткая информация об основателе омской офтальмологии враче-окулисте, проф. А.А. Бугаеве.

«Развитие офтальмологической науки и практики» – раскрывает работу врачей – окулистов, тесно переплетающейся с научными исследованиями. Имена Пепеляева А.Н., Козьмина В.Н., Раписа Г.Б., Левандовской Г.И. и других навечно остались в истории больницы.

«1941-1945 годы» – участие врачей, медсестер и санитарок в работе и организации госпиталей в г. Омске, тыловых и передвижных на полях сражений. Названы имена труженников тыла.

«Жизнь продолжается» – отражает развитие клинической базы офтальмологии, научно-исследовательскую работу коллектива и кафедры в трудное послевоенное время. В 1951 году в г. Омске открывается областной трахоматозный диспансер.

«Все дело в команде» – офтальмологическая помощь сельскому населению Омской области оказывается в областном трахоматозном диспансере; городская служба переводится в новое здание по ул. Лермонтова, 60 и получает название «Городская глазная больница №17». Увеличивается штат сотрудников; создаются новые кабинеты и подразделения; издаются научные труды, защищаются диссертации. К 50-летию юбилею глазной клиники пациентам проведено 34840 операций.

«Сердце, которое не знало покоя» – посвящен жизнедеятельности главного врача больницы, кандидата медицинских наук, «Отличника здравоохранения», Заслуженного врача РСФСР, заслуженного работника больницы Виталия Петровича Выходцева, уверенно державшего штурвал офтальмологической службы области 25 лет и создавшего в г. Омске передовой офтальмологический межобластной Центр микрохирургии глаза.

«Офтальмология – наука точная» – демонстрирует эталон содружества науки и практики. Показана история создания кафедры офтальмологии Омского медицинского института (академии, университета). Отражена деятельность ученых: профессоров Г.А. Киселева, Н.В. Косых, О.И. Лебедева, доцентов и ассистентов кафедры.

«Центр микрохирургии глаза» – представлен современный лечебно-диагностический комплекс с развитой специализированной структурой, обеспечивающий исполнение новейших технологий диагностики и лечения глазных болезней, выполнение уникальных операций.

«Структурные подразделения больницы» – представлена история 14 медицинских подразделений, обеспечивающих в клинике лечебно-диагностические процессы (каждого в отдельности).

Созданы портретные галереи:

1. «Мы из династии».
2. «Руководители офтальмологической больницы».
3. «Главные медицинские сестры клиники».

Витрины музея заполнены оригиналами: документы, авторефераты, сборники научных трудов, награды, инструменты и прочее. Собран богатый исторический видеоматериал из состоявшихся событий в жизни коллектива офтальмологической больницы. Открытие музея состоялось в празднование Дня медицинского работника 14 июня 2013 года.

В 2015 году к 70-летию Победы в Великой Отечественной войне для фойе музея подготовлены 2 стенда «Поклонимся великим тем годам» и 4 стенда, посвященные деятельности микрохирургических отделений № 1, №2, №4 и микрохирургического детского отделения стационара больницы.

Музей БУЗОО «КОБ имени В.П. Выходцева» в 2015 году включен в «Регистр историко-медицинских музеев России» и в «Гид по историко-медицинским музеям Российской Федерации» (Письмо Министерства здравоохранения Омской области от 13.07.2015г. № 5441).

В музее оформлена «Книга отзывов и пожеланий» для записей посетителей. Продолжается работа над созданием новых стендов, отражающих работу служб больницы, без которых невозможно устойчивое функционирование клиники (инженерная, техническая, связи и др.).

Отражение будущей истории больницы в наглядных стендах ограничено размерами площади музея и поэтому планируется создание «Книги памяти» – летописи БУЗОО «Клиническая офтальмологическая больница имени В.П. Выходцева» в фотографиях и комментариях.

Литература

1. Архивная справка от 04.09.97 № 01-35/323, архивный отдел, Государственный архив Омской области администрации Омской области, – 1 с.
2. Годовые отчеты БУЗОО «Клиническая офтальмологическая больница имени В.П. Выходцева», 1997-2017 гг., архив больницы.
3. Омской офтальмологии 70 лет – Омск, областная типография, 1993, – 179 с.
4. Сербина Н.И. Историческая справка к фонду областной офтальмологической больницы, Государственный архив Омской области, отдел обработки документов, 1997, – 3 с.
5. Таскаев И.И. Как это было (XX век: время, события, люди) – Омск: изд-во ОмГМА, 2008, – 672 с. с ил.

ТРАДИЦИИ ХРАНИТЬ И УМНОЖАТЬ

Л.Г. Гамова, Н.А. Разинкова, Е.Ю. Емельянова

ГАПОУ «Елецкий медицинский колледж им. К.С. Константиновой»

TRADITIONS TO KEEP AND MULTIPLY

L.G. Gamova, N.A. Razinkova, E.Yu. Yemelyanova

GAPOU «Yelets medical college of K.S. Konstantinova»

Аннотация: статья описывает работу Музея «Истории здравоохранения г. Ельца и Елецкого уезда», расположенного в ГАПОУ «Елецкий медицинский колледж им. К.С. Константиновой». В ней дается характеристика экспозиции музея.

Abstract: article describes work of the Museum «Stories of Health Care of Yelets and Yelets County» located in GAPOU «Yelets medical college of K.S. Konstantinova». In the characteristic of an exposition of the museum is given.

Ключевые слова: музей, экспозиция, коллекция, история медицины, учебная база.

Key words: museum, exposition, collection, medicine history, educational base.

Знать истоки, корни своей профессии очень важно, особенно человеку, посвятившему себя медицине, потому что каждому периоду формирования общества соответствует свой уровень развития здравоохранения. В наше время в условиях реформирования отрасли необходимо обеспечить историческую преемственность поколений. Занятия историей пробуждают и воспитывают уважение к народу, к его самобытности и культуре.

ГАПОУ «Елецкий медицинский колледж им. К.С. Константиновой» (одно из старейших учебных заведений Липецкой области, возникшее в 1872 году) бережно хранит информацию о развитии медицины своего края. В его стенах расположен Музей «История здравоохранения г. Ельца и Елецкого уезда», который осуществляет деятельность, направленную на сохранение памяти прошлого, поддержание и развитие связи нити времен и поколений.

Сегодня это учебная, научная и просветительская база не только для студентов, преподавателей, но и для всей медицинской общественности. Собранные в нем вещественные и письменные материалы, фотодокументы отражают все этапы развития здравоохранения г. Ельца и Елецкого уезда, вклад ее выдающихся представителей в мировую сокровищницу знаний. Экспозиция музея служит своеобразным памятником самоотверженному труду медиков в дни мира и войны.

Музей «История здравоохранения Ельца и Елецкого уезда» имеет два направления работы, которые тесно перекликаются и взаимно дополняют друг друга.

Первое направление непосредственно связано с историей здравоохранения Ельца и Елецкого уезда. Только в нашем музее хранится наиболее полная информация об истории зарождения медицинской службы в Ельце, появления аптечного дела, деятельности сестер милосердия. Она представлена стендом «Здравоохранение Ельца до 1917 г».

Расположенные на стенде фотографии относятся к периоду земской медицины, 1864-1890 годам. К началу земства Елец с двадцатипяти тысячным населением имел одну плохо оснащенную больницу на 30 коек. Городская управа вынуждена была арендовать дополнительное здание. В 1873 году был поставлен вопрос о строительстве новой земской больницы. Окончание его совпало с русско-турецкой войной, и в 1877 году больница была передана обществу Красный крест. Долгие годы, вплоть до 1967 года, она существовала под именем «Красный крест».

Первым старшим врачом больницы был Слободзинский Ф.О. К числу известных земских врачей Ельца можно отнести Ростовцева И.Н., Руслова И.А., Сергеева Д.П., Пащенко В.Е., Валуйского Т.М.

Отдельным разделом на стенде выделено аптечное дело. Здесь представлены рецепты на лекарственные препараты, фотографии аптечной посуды.

Следующий стенд, «Здравоохранение Ельца после 1917» года, дает представление о развитии в городе отраслевой медицины, открытии новых больниц, диспансеров, отделений с указанием года введения в эксплуатацию. Только в нашем музее можно получить информацию обо всех заслуженных врачах РСФСР и РФ города. Всего удалось восстановить 19 имен.

Самыми крупными лечебными учреждениями Ельца являются городские больницы № 1 и № 2.

Больница № 1 ведет свою историю от земской больницы с 1877 года. На стенде она представлена в период с 1920 по 1980 год. Особый интерес представляют фотографии съездов городских и уездных врачей, среди которых и врачи больницы Сергеев Д.П., Зернов Н.Н., Писаревский Б.Ф.

С течением времени больница расстраивалась, открывались новые отделения, корпуса. Фотографии разных лет позволяют наглядно увидеть эти изменения. История больницы – это, прежде всего, врачи, средний медперсонал, нянечки. Поэтому основное место на стенде отведено фотографиям врачей разных лет, ветеранам, участникам Великой Отечественной войны, отличникам здравоохранения.

Отражены на стенде знаменательные даты: открытие памятника Семашко Н.А., чье имя носит больница с 1967 года, столетие больницы, посвящение в медики. Ряд фотографий даёт возможность познакомиться с рабочими днями больницы, её коллективом.

История городской больницы № 2 города Ельца начинается с 1957 года. Она была построена при непосредственном участии бывшего директора за-

вода «Гидропривод» – Колесник А.С. В его честь, а также в честь первого главного врача Севидовой Н.И., на стене больницы установлены мемориальные доски.

Второе направление экспозиции музея – тема войны. Именно она в 1985 году явилась основанием для открытия музея. Группа «Поиск», во главе с ее руководителем – преподавателем Юмашевым В.Н., собрала бесценные воспоминания ветеранов, документы, которые легли в основу экспозиции. Особо ценными являются фотографии военных лет, воинские награды, фронтовые письма, печатные издания, переписка с Советом ветеранов.

В 2015 году музей «История здравоохранения г. Ельца и Елецкого уезда» отмечал своё 30-летие. В ознаменование этого события 27 апреля ему было официально присвоено имя Зернова Николая Николаевича – бывшего директора учебного заведения с 1936 по 1958 годы, участника Империалистической 1914 г, Гражданской 1920 г., Великой Отечественной войн, а также двух военных кампаний – с белофиннами и Японией. Богатый исторический материал об этом удивительном человеке, враче с большой буквы, бережно хранится в музее, и можно с уверенностью сказать, что на примере творческой деятельности Зернова Н.Н. будет учиться не одно поколение будущих медработников.

Музей «История здравоохранения г. Ельца и Елецкого уезда» – наша гордость и память, но память, не застывшая в делах минувшего, а активная, обращенная в будущее. Героическое прошлое предшествующих поколений помогает переосмыслить свои поступки, жизненную позицию, воспитывает любовь к Родине.

Каждая встреча в стенах музея, каждое прикосновение к истории – это связь времен, это ориентир на завтрашний день. Богатый духовный и профессиональный опыт работы музея ГАПОУ «Елецкий медицинский колледж им. К.С. Константиновой» помогает продолжать славную многовековую традицию милосердного христианского отношения к больным и может быть использован при обучении студентов.

НАВЕЧНО В ПАМЯТИ

Н.Г. Голубева

ГАПОУ «Елецкий медицинский колледж им. К.С. Константиновой»

FOREVER IN MEMORY

N.G. Golubeva

GAPOU «Yelets medical college of K.S. Konstantinova»

Аннотация: статья посвящена боевому и трудовому подвигу старшего сержанта медицинской службы Марфы Максимовны Суляевой (Арсентьевой). Память о ней бережно хранится в музее «История здравоохранения г. Ельца и Елецкого уезда», созданном в ЕМК им. К.С. Константиновой.

Ключевые слова: боевой подвиг, музей, Великая Отечественная война, история медицины, память.

Abstract: article is devoted to a fighting and labor feat of the staff sergeant of health service Marfa Maksimovna Sulyaeva (Arsentyeva). The memory of her is carefully carefully kept in the museum «Stories of Health Care of Yelets and Yelets County» created in ЕМК of K.S. Konstantinova.

Key words: fighting feat, museum, Great Patriotic War, medicine history, memory.

Благодарное человечество вновь и вновь приоткрывает завесу истории боевого и трудового подвига в годы Великой Отечественной войны. Возвращенные истории имена участников тех грозных событий навечно останутся в нашей памяти. Одно из них – имя Марфы Максимовны Суляевой (Арсентьевой), медицинского работника, участницы Великой Отечественной войны.

Марфа Суляева родилась 22 июля 1922 года в деревне Климентьевка Елецкого района. Окончив в 1937 г. девять классов Екатериновской школы, приехала в г. Елец. Наступило время выбора профессии. Она, не задумываясь, поступила в Елецкую фельдшерско-акушерскую школу. Прослушав с 1 сентября 1938 года по 1 июля 1940 года все общеобразовательные и медицинские дисциплины, при проверке теоретических и практических навыков получила оценки «хорошо» и «отлично». На основании постановления «О подготовке средних медицинских, зубоветеринарных и фармацевтических кадров» и Положения об акушерской школе Марфе Суляевой была присвоена квалификация акушерки. Сухие строчки на пожелтевшей бумаге. А за ними человеческая судьба, героическая биография.

После окончания школы Марфа Суляева поступила на работу в медпункт деревни Пищулино. Великая Отечественная война перечеркнула все планы мирной жизни. Горячее желание девушки помочь Отчизне в годи-

ну испытаний выразилось, прежде всего, в ее непреклонном стремлении встать в боевой строй. В 1941 году Марфа вступила в ряды Красной армии. Она воевала на Калининском фронте, в полной мере испытав все тяготы войны.

Работы медикам хватало и днём и ночью. Времени на отдых практически не было. Чувство любви к ближнему, сострадание, желание помочь были отличительными особенностями медицинской сестры. Девушка на своих хрупких плечах выносила раненых с поля боя, оказывала им первую помощь. Однажды, принимая вместе с подругами очередную партию бойцов, Марфа получила контузию от разорвавшейся возле землянки бомбы. Три недели проведя в госпитале, девушка вскоре снова встала в строй.

От Ельца до фашистской Германии прошла в годы войны с прифронтовым госпиталем старший сержант медицинской службы Марфа Максимовна Суляева. Часто ей приходилось делать перевязку под огнём противника. Сколько жизней она спасла, невозможно сосчитать. В те суровые годы девушка мечтала лишь об одном: поскорее разбить врага и вернуться домой. Но возвратиться в родной Елец пришлось лишь в 1947 году.

Родина по достоинству оценила боевой подвиг Марфы Максимовны. Ее боевые награды: «За взятие Берлина», «За боевые заслуги», «За победу над Германией», Почетная грамота за умелое руководство комсомольской организацией и самоотверженную работу в госпитале в дни исторических битв за освобождение советской Прибалтики до сих пор бережно хранятся потомками.

Каждый год 9 мая Марфа Васильевна испытывала радостные и грустные чувства одновременно. Велика была цена Победы. Старший из братьев, погибший под Орлом в 24 года, боевые подруги, не дожившие до праздника, много знакомых и не очень знакомых людей, ставших близкими и родными в годину испытаний, навсегда останутся в памяти. Достигнув пенсионного возраста, Марфа Максимовна продолжала трудиться в Доме ребёнка. Ее любви хватало на всех. Она занималась со своими племянниками, внуками, правнуками, даже с соседскими детьми. За доблестный труд в мирное время Марфе Максимовне Арсентьевой было присвоено звание «Ветеран труда»...

Память о Марфе Васильевне Суляевой бережно хранится в музее «История здравоохранения г. Ельца и Елецкого уезда», созданном в ЕМК им. К.С. Константиновой. Ее внучка, Ванина Арина, передала ценную информацию из семейного архива его сотрудникам. Она и сама пошла по стопам бабушки и осваивает профессию медицинской сестры.

Несмотря на то, что с каждым годом тема подвига медицинских работников в Великой Отечественной войне все больше отдаляется от нас, актуальности она не теряет. И эту работу нужно продолжать, в первую очередь

для молодежи, для детей, чтобы не росли Иванами, не помнящими своего родства. Предметно-развивающая среда, созданная в музее «История здравоохранения г. Ельца и Елецкого уезда», поддерживаемая директором учебного заведения, кандидатом биологических наук, доцентом, Гамовой Л.Г., как нельзя лучше способствует выполнению этой задачи. Музей – это хранитель Памяти. Память о прошлом каждого человека – это сила и мощь государства, будущее страны.

ИНТЕРАКТИВНЫЕ ФОРМЫ РАБОТЫ С ПОСЕТИТЕЛЯМИ МУЗЕЯ ФАРМАЦИИ

М.Н. Гурьянова, Е.С.Ворожцова

Пермская государственная фармацевтическая академия

INTERACTIVE FORMS OF WORK WITH VISITORS IN PHARMACEUTICAL MUSEUM

M.N. Guryanova, E.S.Vorozhtsova

Perm State Pharmaceutical Academy

Аннотация: статья посвящена интерактивным формам музейной работы с посетителями музея фармации. Описан опыт применения таких форм, как обыгрывание экспоната, метод театрализации.

Abstract: The article is devoted to interactive forms of museum work with visitors in the pharmaceutical museum. Authors have described the experience of using forms such as playing with an exhibit, drama technique.

Ключевые слова: музей, экскурсия, приём обыгрывания экспонатов, приём театрализации.

Key words: museum, excursion, playing with exhibits, drama techniques

В настоящее время все музеи, как государственные и муниципальные, так и корпоративные стоят перед следующими проблемами:

1. На какую возрастную или социальную группу посетителей необходимо рассчитывать музею, формируя свои экспозиции и методики экскурсий;
2. Как привлечь в музей выбранные группы посетителей;
3. Как составить прогноз потоков посетителей в количественных и качественных показателях;
4. Какие формы музейной работы применять для привлечения посетителей в музей и активизации их внимания в ходе экскурсионной работы.

Традиционно для изучения музейной аудитории применяют следующие классификационные подходы: возраст, образовательный уровень, профессиональная группа, отношение к методам и формам музейной деятельности, к определенным видам музейной деятельности.

Музей фармации Пермской государственной фармацевтической академии (ПГФА) является профессиональным корпоративным музеем, что в свою очередь определяет ответ на первый из поставленных вопросов. Традиционной целевой аудиторией музея являются следующие группы посетителей:

1. Учащиеся школ города, Пермского края, а также населенных пунктов, находящихся за пределами области. Цель работы с данной аудиторией – первичная профорентация. Задача экскурсии – превратить экскурсанта в абитуриента ПГФА. Содержание экскурсии – рассказ об интересных фактах истории специальности и вуза с целью вызова интереса к специальности. В некоторых случаях музей посещают учащиеся школ, которые хотели бы принять участие в научной деятельности на базе музея и кафедр ПГФА.

2. Студенты различных курсов вуза. Цель работы с данной аудиторией – вторичная профорентация, закрепление студентов в выбранной специальности. Содержание экскурсии – иллюстрация материала различных тем таких дисциплин, как «История фармации», «Биоэтика как основами фармацевтической деонтологии».

3. Гости вуза (выпускники; представители вышестоящих организаций и администрации города, края; участники конференций, организуемых на базе вуза; представители других образовательных организаций высшего и среднего специального образования). Цель работы с данной аудиторией – формирование положительного имиджа вуза и специальности. Содержание экскурсии – представление экспонатов и информационных данных, свидетельствующих о богатом историческом наследии и перспективах развития вуза и специальности.

Основная группа посетителей музея – это учащиеся школ. Большинство экскурсий музея ПГФА поводится именно для этой группы посетителей. Целью посещения музея ПГФА группой школьники чаще всего является знакомство профессией, возможностями самореализации в рамках специальности «Фармация».

Каким образом привлекается в музей эта группа посетителей? Музей использует несколько вариантов привлечения в музей учащихся школ:

1. Организация собственного раздела «Музей» на сайте ПГФА;
2. Взаимодействие со школами г. Перми и Пермского края;
3. Взаимодействие с организациями Пермского края, реализующими проекты в области охраны здоровья детей, пропаганды здорового образа жизни.

Использование данных вариантов позволяет делать экскурсионную работу более планомерной и формировать прогноз посещаемости музея в количественных и качественных показателях.

Для того чтобы создать методику экскурсии, в свою очередь необходимо ответить на вопросы:

1. Что будет транслировать музей в рамках конкретной экскурсии?
2. Какие темы будут раскрыты в методике экскурсии?

Тематика экскурсий должна основываться на базовых знаниях школьников. В зависимости от специализации школы акценты в методике экскурсии могут изменяться: это может быть акцент на знание химии, биологии, истории и т.д. В течение первой половины 2017 года музей участвовал в проекте «Здоровое питание», в рамках которого на базе школ проводились занятия о химическом составе пищевых продуктов, диете, правилах питания в детском возрасте, поэтому для данной группы школьников был разработан вариант экскурсии, тема которой была определена как «Фармация и здоровое питание». Однако в любых вариантах методик экскурсий музей использует приём новизны, когда на базе уже усвоенных школьниками знаний им сообщаются новые факты и примеры, неизвестные им ранее.

Любой музей является идеологическим учреждением, он транслирует смыслы. Главная задача музея ПГФА донести до любой аудитории высшие смыслы медицинских специальностей, в первую очередь специальности «Фармация».

Выбор форм музейной работы с данной группой посетителей обоснован особенностями психики подростка, такими как: освоение логического мышления, открытие внутреннего «Я», осознание собственной индивидуальности, потребность самоутверждения (потребность быть включенным в какую-либо группу сверстников), построение плана своей жизни, в том числе выбора профессии и места учебы, достижении конкретных результатов. В свою очередь работники музея учитывают и позиции психологии, согласно которым личность человека формируется на основе деятельности и общения.

Базируясь на этих данных, сотрудники музея ПГФА разрабатывают методики экскурсий, основанные на использовании таких принципов музейной педагогики, как интерактивность, комплексность, программность (Столяров 2004). Методики экскурсий включают разные формы работы, принятые в музейной педагогике. Создана структура экскурсии для учащихся школ в музее ПГФА.

(таблица.) Структура экскурсии для аудитории – учащиеся школ

Название части экскурсии	Содержание	Приемы и методы музейной педагогики
Вводная часть –	Авторская лекция, характеризующая тему экскурсии. Включает знакомство с группой, выявление наиболее заинтересованных экскурсантов, а также экскурсантов, которые могут участвовать в театрализованной части экскурсии.	Приемы рассказа, показа, обыгрывание отдельных экспонатов.
Основная часть	Тематическая экскурсия. Сообщение основной информации экскурсии, показ экспонатов, соответствующих теме экскурсии.	Метод театрализации. В рамках этого метода все экскурсанты получают роли.
Технологическая часть	Получение определенных практических навыков в рамках специальности «Фармация».	Творческий мастер-класс.
Заключительная часть	Подведение итогов экскурсии.	Обыгрывание отдельных экспонатов.

Во всех частях экскурсии используется приём «обыгрывание отдельных экспонатов». Для использования данного приёма для каждой методики экскурсии заранее отбираются экспонаты. При подготовке методики экскурсии выделяют 2 группы экспонатов:

1. Первая группа – экспонаты, которые нельзя брать в руки. Это подлинники, целостность и сохранность которых может быть нарушена. В ходе показа их не вынимают из витрин, но экскурсантам либо предлагается прочесть информационные материалы о них, либо угадать его предназначение, либо рассказываются интересные факты, связанные с ними.

2. Вторая группа – экспонаты, которые школьники могут взять в руки и рассмотреть. Так, например, в тематической экскурсии «История создания центра фармацевтического образования на Урале» такими экспонатами являются: фотографии, альбомы выпускников различных лет выпуска и истории создания различных кафедр, гербарии, коллекция минералов, учебная граната, сувениры, привезенные иностранными студентами. Если экспонат неизвестен экскурсантам, то используется следующая схема представления предмета:

- название предмета;
- назначение;
- составные части предмета (если экспонат разделяется на части).

Экспонаты передаются экскурсантам для изучения (приём показа), при этом экскурсовод рассказывает историю данного экспоната, или ситуацию из истории ПГФА, в которой участвовал данный экспонат (прием соединения показа и рассказа); внимание всей группы экскурсантов несколько раз привлекается к данному экспонату при помощи приёма «вопросы и ответы». Цель использования данного приёма – активизация внимания слушателей. Использование вопросов вносит некоторую разрядку, заставляет экскурсантов задуматься и помогает им лучше усвоить новую для них информацию. Используются следующие типы вопросов:

- вопросы, на которые могут дать ответы сами экскурсанты, при этом специалист музея может поправить ответ экскурсанта, или похвалить его за хорошие знания;
- вопросы, на которые экскурсовод сразу же или по истечении некоторого времени сам дает ответ, продолжая свой рассказ по теме;
- вопросы исторического характера, представляющие собой утверждение чего-либо в форме вопроса.

В основной части экскурсии используется метод театрализации. В рамках этого метода экскурсовод использует приём соучастия. Задача этого приема – помочь экскурсантам стать участниками того события, которому посвящена экскурсия. Делается это с помощью, например, обращения к группе: «Представьте себе, что мы с вами перенеслись в 1900 год, и вы – учащиеся школы при одном из заводов Пермской губернии, и впервые приехали в губернский город Пермь». В ходе вводной части экскурсовод должен понять характеры и способности пришедших на экскурсии школьников. Наиболее активным и знающим школьникам в основной части экскурсии предлагаются главные роли. Чаще всего школьникам предлагается сыграть роль провизоров, проводящих обучение аптекарских учеников, и, впоследствии, принимающих у них экзамен. Экскурсанты, получившие главные роли, собирают команду из состава остальных посетителей и выполняют определенные ролевые действия по легенде экскурсии (реализуется потребность быть включенным в какую-либо группу сверстников). В ходе выполнения ролевых действий экскурсанты знакомятся с историческими фактами, экспонатами основного фонда музея, решают ситуационные задачи, получают некоторые практические навыки в области товароведческого анализа, технологии лекарств.

В технологической части проводится мастер-класс по изготовлению исторической кондитерской лекарственной формы на основе прописей «Фармацевтического мануала» А.Г. Клинге (1915 г.). При этом основную роль продолжают играть школьники, выбранные на роли провизоров. После показа определенных действий специалистом музея, школьники, выполняющие роли провизоров, обучают экскурсантов из своей команды технологи-

ческим приёмам. Основная часть экскурсии может быть закончена дегустацией изготовленной кондитерской лекарственной формы.

В заключительной части снова используется приём «обыгрывание экспонатов». Однако целью использования этого приема на данном этапе является закрепление новых терминов, фактов и навыков. Внимание школьников снова привлекается к отдельным экспонатам, экскурсоводом проводится викторина, в ходе которой экскурсанты могут выиграть призы. В качестве призов используются предметы, имеющие фармацевтическую символику. Наибольшим спросом пользуется приз – шариковая ручка с логотипом какой-либо фармацевтической фирмы или названием лекарственного препарата. Таким призом экскурсант может воспользоваться в школе и привлечь внимание школьников, не принимавшим участие в экскурсии.

Наш опыт использования различных интерактивных форм из арсенала музейной педагогики позволяет сделать вывод о том, что в ходе экскурсий возникает эффект «сопричастности и присутствия», что повышает эффективность музейных мероприятий.

Литература

1. Столяров, Б. А. Музейная педагогика: история, теория, практика. М.: Высшая школа, 2004. – 216с.

МУЗЕЙ ГИГИЕНЫ – ПРОДОЛЖАТЕЛЬ ИДЕЙ ПРОСВЕТИТЕЛЬСТВА И ЗАБОТЫ О ЗДОРОВЬЕ «НАРОДА РОССИЙСКОГО»

*В.Е. Жолобов, Л.В. Винтухова, Т.М. Голубева, А.В. Дубовик
Санкт-Петербургское государственное казённое учреждение
здравоохранения «Городской центр медицинской профилактики»*

HYGIENE MUSEUM – THE SUCCESSOR OF THE IDEAS OF THE ENLIGHTENMENT AND CARE ABOUT THE HEALTH «OF THE RUSSIAN PEOPLE»

*V. E. Zholobov, L. V. Vintukhova, T. M. Golubeva, A. V. Dubovik
Saint-Petersburg state healthcare institution «City center of medical prevention»*

Аннотация: статья посвящена деятельности Музея гигиены Санкт-Петербургского «Городского центра медицинской профилактики» в контексте исторических параллелей. Приводятся сопоставления взглядов И.И. Шувалова и М.В. Ломоносова с основными организационными мероприятиями XX века, опытом прошедших десятилетий и задачами Музея гигиены в современных условиях.

Abstract: the article is devoted to the activities of the Museum of hygiene, St. Petersburg «City center of medical prevention» in the context of historical Parallels. Provides the mapping of the views of I. I. Shuvalov and M. V. Lomonosov with major organizational events of the twentieth century, the experience of the past decades and aims of the Museum of hygiene in modern conditions.

Ключевые слова: охрана здоровья, М.В. Ломоносов и И.И. Шувалов, музеи, просвещение и культура.

Key words: health, M. V. Lomonosov and I. I. Shuvalov, museums, education and culture.

Наступивший XXI век внес огромный вклад в научное познание мира, а также в повседневную жизнь, быт и пристрастия ныне живущих людей. Отдавая должное достигнутому, современный человек, вместе с тем, все больше ощущает потребность в живом человеческом общении, в возврате к духовным пластам нашего внутреннего мира, к искусству, литературе, историческому прошлому.

Стало очевидным также, что высочайший уровень технического прогресса, повсеместная компьютеризация имеют своим следствием ухудшение здоровья населения, о чем свидетельствуют многочисленные публикации. Нельзя считать случайностью, что из года в год растет число людей, стремящихся в театры, концертные залы, музеи, библиотеки, популярными становятся путешествия по историческим местам России и других стран. Культура как сфера человеческого бытия все более отчетливо заявляет о себе. Постепенно приходит осознание того, что культурная среда является важным фактором здорового образа жизни, ее общей продолжительности.

Музей гигиены Санкт-Петербургского Городского центра медицинской профилактики располагается в центре города в небольшом особняке, построенном во времена императрицы Елизаветы Петровны. Особняк принадлежал одному из известнейших просветителей и меценатов России Ивану Ивановичу Шувалову (1727 – 1797).

Музей гигиены (первоначальное название – Выставка-музей здравоохранения) был создан вскоре после революции по специальному распоряжению правительства. История его создания тесно связана с организацией гигиенических выставок, как в Петербурге, так и за рубежом.

Известно, что стремление поставить достижения медицинской науки на службу народу являлось одной из лучших традиций передовых представителей отечественной медицины еще в дореволюционной России. Многие отечественные ученые рассматривали популяризацию медицинских и гигиенических знаний как обязательную часть деятельности врача (Г.А. Захарьин, И.И. Мечников, И.М. Сеченов, Ф.Ф. Эрисман и др.). Великий русский врач Н.И. Пирогов учил: «наша задача – обнародовать науку всеми средствами,

которые мы имеем под руками». Уже в первые годы земской медицины на земских собраниях, на врачебных съездах и в медицинской печати стали громко раздаваться голоса врачей, требовавших энергичных мер в целях поднятия общей и санитарной грамотности населения. В 1877 году было создано «Русское общество охранения народного здравия», в его уставе, утвержденном в 1878 году, говорилось о необходимости создании музея и библиотеки для распространения сведений о гигиене, правильного разъяснения в народных массах значения здоровья (Лотова 1962:17). Родоначальником передвижных музеев наглядных пособий, стал Петербургский музей, открытый в 1892 году, который был посвящен «попечительству народной трезвости» (Вестник попечительства о народной трезвости 1905).

В 1894 году создается «Комиссия по распространению гигиенических знаний в народе при Обществе русских врачей имени Пирогова», существовавшая вплоть до Октябрьской революции. Гигиеническая выставка, проходившая в 1911 году в Дрездене, вызвала большой интерес, как у врачей, так и в различных кругах общественности многих стран. Отдел общественной медицины России на Дрезденской международной гигиенической выставке располагался в здании, напоминающем русский терем и расписанном цветными изразцами из мастерской Ваулина. Вскоре в Петербурге начались работы по строительству павильонов и подготовке экспонатов ко второй Всероссийской гигиенической выставке, открытие которой намечалось на весну 1913 года.

В условиях гражданской войны многим городам России угрожали эпидемии холеры, гриппа, сыпного тифа, оспы, широко были распространены венерические заболевания. 26 апреля 1918 года Совет врачебных коллегий при Комиссариате здравоохранения Петроградской трудовой коммуны принял постановление об организации специальной комиссии для распространения гигиенических знаний среди населения.

В июле 1918 года на заседании собрания членов организационной комиссии при Совете женского медицинского института был поставлен вопрос о создании постоянной гигиенической выставки в Петрограде. 21 сентября 1918 был представлен проект Музея, а в октябре он был одобрен в Совете Народных Комиссаров. На создание музея было ассигновано 600 тысяч рублей. В организации музея и создании экспонатов приняли участие: Г.В. Шор, З.Г. Френкель, А.А. Сахновская, И.П. Павлов и другие видные ученые. Руководивший ранее земской санитарной организацией И.А. Дмитриев, невзирая на преклонный возраст, отдавал свои силы на организацию музея. В музей были переданы экспонаты, ранее участвовавшие в гигиенических выставках не только в России, но и в других странах.

По предложению Комиссариата здравоохранения Музей разместился в наиболее сохранившихся помещениях, в которых до революции нахо-

дилась квартира министра юстиции Щегловитова часть бывшего дворца И.И. Шувалова.

21 февраля 1919 года состоялось торжественное открытие музея, на котором присутствовали: комиссар здравоохранения Е.П. Первухин, члены Петросовета, Советов профсоюзов, члены санитарных комиссий заводов и фабрик, красноармейских частей, союза лечебников, медико-санитарные отделы районных советов. Музей пользовался большим успехом у населения. В первый же месяц его посетили 2600 человек. Экспонаты гигиенической выставки 1913 года стали основой стационарной Выставки-Музея здравоохранения.

В 30-е годы Музей стал структурным подразделением Дома санитарной культуры, преобразованный в дальнейшем в Дом санитарного просвещения, а затем в Центр медицинской профилактики.

В дальнейшем основное стратегическое направление деятельности музея, несмотря на «ветры времени», оставалось прежним. Реализация его сочеталась с большой работой по пополнению экспозиции музея, поиску новых средств популяризации знаний об охране здоровья, использованию современных технических средств информации и интерактивных моделей общения с разными возрастными группами. На протяжении всех лет не прекращалось тесное сотрудничество музея с практическими, научно-исследовательскими и учебными учреждениями города по предупреждению и профилактике заболеваний, привитию населению нашего города необходимых норм здорового образа жизни (ЗОЖ), соблюдению гигиенических правил.

Определенным «знаковым» событием в истории музея стал 1991 год. Масштабные политические события, происходившие в стране, коснулись и здравоохранения. В соответствии с новыми задачами по интенсификации профилактической работы произошло переименование музея, он стал называться Музей гигиены.

«Гигея» в греческой мифологии – это богиня здоровья, дочь Асклепия (позже римляне стали называть его Эскулапом). Вторая дочь Асклепия – Панацея воспринималась как покровительница лекарственного лечения. Обе сестры владели даром целительства, во всем помогали отцу, но между собой постоянно спорили. В отличие от Панацеи, Гигея просвещала людей, проповедовала среди них законы жизни, которые нельзя преступать никому. Гигея верила, что, овладев законами жизни, человечество станет физически и духовно здоровым.

Гигею обычно изображали в виде молодой женщины, кормящей змею из чаши. Как известно, змеиный яд может быть смертельно опасным, но в минимальных дозах он оказывает лечебное воздействие. Древние атрибуты – чаша и змея – составили наиболее распространенный символ медицины (хотя существует и другой – посох, обвитый змеей). Культ Гигеи в древние века был

очень распространен, ему даже был посвящен один из многочисленных «орфических» гимнов (от слова «Орфей» – певец древности). Возникнув и исчезнув в глубинах древности, именно Гигея дала название современной отрасли медицинских знаний – гигиене и профилактике. В отличие от многочисленных направлений клинической медицины, гигиена ориентирует человека на предупреждение различных болезней, здоровый образ жизни и сохранение здоровья. В условиях XXI века именно это направление приобретает особую важность, несмотря на бурное развитие возможностей лечебного воздействия. Переименование музея в эпоху трансформации государственного устройства, изменения демографической ситуации и смены приоритетов в сфере охраны здоровья представляется обоснованным и своевременным.

На сегодняшний день фонд Музея гигиены состоит из основного и вспомогательного разделов и составляет свыше 15 тысяч экспонатов. В нее входят разнообразные материалы:

- оригинальные (в ряде случаев – раритетные) коллекции влажных анатомических препаратов и различные модели, представляющие интерес, как для медицинской науки, так и для посетителей и облегчающие понимание развития заболеваний; наибольший интерес вызывают электрифицированные модели – «Стекланный человек» (мужчина и женщина), «Собака Павлова (условные и безусловные рефлексы), «Работа сердца»;
- коллекции флоры и фауны (чучела животных, образцы растений и мест обитания), предрасполагающие к возникновению болезненных состояний;
- произведения изобразительного и монументального искусства, отображающие важные этапы в истории медицины («Гарвей объясняет ученикам схему кровообращения», «Урок анатомии», «И.П. Павлов в операционной», «Н.И. Пирогов дает раненому наркоз» и др.), а также портреты ученых-медиков, бюсты и скульптуры.

Помимо этого, посетители могут ознакомиться с предметами нумизматики, фалеристики (открытки, конверты, экслибрисы, значки, спичечные этикетки), филателистическими материалами (марки), произведениями декоративно-прикладного искусства (макеты). Все эти материалы отражают вопросы профилактики, медицины, здорового образа жизни.

Музей располагает большой коллекцией оригинальных печатных изданий XIX века и более ранних лет, а также архивных документов на различных носителях (фотографии, кино-фото-видеоматериалы, афиши, листовки, плакаты). В целях изучения уникального исторического опыта большой интерес представляет печатная продукция периода войны и блокады Ленинграда. Имеющуюся музейную коллекцию дополняет библиотечный фонд учреждения, существующий, самостоятельно, но также располагающий ценными печатными изданиями большой давности и работающий в контакте с музеем.

Определенную «ауру» музея создают старинные предметы, медицинские инструменты, характеризующие жизнь и быт медиков ушедшего времени, их скромные возможности по сравнению с современной медициной. В век компьютеров забавно видеть старинный нож для разрезания страниц книги.

В одном из залов Музея гигиены внимание посетителей неизменно привлекают старинное зубохирургическое кресло, бормашина, столик для инструментов. На кресле размещена табличка, где – по белой эмали чёрными буквами дореволюционного шрифта обозначено: «Зубной врач Е.К. Лансере». Елена Казимировна Лансере (1885-1974), происходившая из художественной династии Бенуа – Лансере – Серебряковых, прожила долгую жизнь и умерла в Петербурге, пережив тяжелейшие годы репрессий по обвинению в шпионаже, аресты, жизнь в лагерях, блокаду Ленинграда, смерть любимого мужа – выдающегося архитектора-художника, профессора Академии художеств Н.Е. Лансере. Он был автором проекта каменного павильона «Петербург» на Всероссийской гигиенической выставке 1913 года, которая проходила в Петербурге. Так, по велению истории, стены Музея гигиены объединили память о двух выдающихся петербуржцах, посвятивших себя проблемам лечения больных и распространению гигиенических знаний (просветительству) среди населения. Именно об этом, а не только о несовершенстве старинной зубохирургической аппаратуры, говорит экспонат музея «Зубохирургическое кресло Е.К. Лансере». И этот пример не единичен.

Экспозиция музея состоит из нескольких тематических разделов, каждый из которых занимает отдельный зал. Последовательность разделов экспозиции и подбор материалов в них диктуется актуальностью той или иной проблемы, меняющейся в зависимости от задач, поставленных перед здравоохранением.

Ежегодно Музей гигиены посещает около 30 000 человек – людей разного возраста и профессий, жителей Санкт-Петербурга и приезжающих из других регионов. Преобладающим контингентом являются учащиеся школ, средних специальных учебных заведений, ВУЗов и военных училищ (35-40%). Растет популярность Музея гигиены среди приезжих из других регионов и иностранных туристов.

Музей гигиены принимает участие в проекте «Ночь музеев», который проводится в Петербурге в период «белых ночей» и пользуется большой популярностью. Количество посетителей в «Ночь музеев» составляет более 5 тыс. человек.

Каждый индивидуальный посетитель и экскурсионные группы по своему желанию могут изменить последовательность осмотра залов и при необходимости получить дополнительную информацию от квалифицированных врачей-экскурсоводов. Так, для молодежи актуальными являются вопросы

профилактики вредных привычек и формирование соответствующего алгоритма поведения, культура сексуального общения, правильного отношения к сексуальному здоровью. Для детей важны правила гигиены полости рта, предупреждение нарушений осанки, профилактика травм и другие, частные вопросы.

Сохраняя «музейную направленность» в работе с посетителями, врачи музея не только освещают медицинские аспекты проблемы, но и обращают внимание на исторические факты. Например, в зале «Репродуктивное здоровье» большой интерес всегда вызывает портрет и биография первой женщины акушера-гинеколога В.А. Кашеваровой-Рудневой.

Исторически предопределенной особенностью Музея гигиены является то, что он располагается в залах особняка И.И. Шувалова. Этот факт создает дополнительные возможности для более полного изложения материала с учётом исторического контекста. Так, в зале, предшествующем основной экспозиции, представлены старинные предметы медицинского назначения и портреты известных ученых-медиков. В напольной витрине находится старинная лупа и микроскоп. В разработке и совершенствовании модели микроскопа огромную роль сыграл крупный русский ученый М.В. Ломоносов (1711-1765). Он был единомышленником И.И. Шувалова, часто бывал в этом особняке. Они вместе стояли у истоков создания Московского университета и Петербургской Академии художеств. Хорошо известное письмо «О сохранении и приумножении народа российского», продиктованное заботой о здоровье населения и направленное в адрес императрицы, также было подготовлено ими совместно. М.В. Ломоносов был восхищен концептуальной идеей микроскопа. В знаменитом «Письме о пользе стекла», написанном в 1752 году и адресованном И.И. Шувалову (Изд-во АН СССР, Москва, 1959:508, 519) есть такие строки: «Неправо о вещах те думают, Шувалов, которые стекло чтут ниже минералов». И далее: «Коль много микроскоп нам тайностей открыл, невидимых частиц и тонких в теле жил».

Прошли не только десятилетия, но и века. В наше время без микроскопа немыслима диагностика опухолей, выполнение тончайших хирургических оперативных вмешательств, а также привычное всем повседневное выполнение анализов крови в любом медицинском учреждении и т.д. Осмысление этих исторических параллелей всегда интересно посетителям. При желании они могут «заглянуть» в современный микроскоп, который находится в одном из помещений, и оценить способность М.В. Ломоносова «видеть сквозь время».

Интерьер одного из залов (во времена И.И. Шувалова был «малой гостиной») украшает красивый старинный камин из белого мрамора, возле которого, согласно историческим преданиям, могли сидеть императрица Елизавета Петровна, И.И. Шувалов (к которому она очень благоволила),

М.В. Ломоносов и другие известные деятели эпохи. Так оживает история, её связь с современностью становится почти осязаемой.

Идеи «просветительства» и заботы «о сохранении и приумножении народа российского», которыми был так озабочен владелец особняка И.И. Шувалов и его единомышленник М.В. Ломоносов, претворяются в реалии XXI века и находят неожиданное воплощение в деятельности Музея гигиены. Демографическая ситуация и динамика показателей здоровья населения указывают на то, что среди причин заболеваемости и смертности все более отчетливую негативную роль играет неправильный образ жизни, неспособность противостоять стрессам и проблемам современной жизни, игнорирование молодыми людьми нравственно-этических аспектов взаимоотношений мужчины и женщины, увлечение дешёвой и нередко губительной для психики «поп-культурой», неумение расставить приоритеты в своей жизни, ограниченность культурных запросов. Литературные данные и практический опыт современных специалистов свидетельствуют о многофакторности понятия «здоровье» и возрастающей роли культурной «среды обитания», которая может оказывать положительное (или, наоборот – негативное) воздействие на качество жизни человека.

Учитывая вышеизложенное, в течение последних лет в комплексной просветительской программе Городского центра медицинской профилактики «Университет здоровья» реализуется фрагмент «Культура как фактор здоровья». В ходе лекционных занятий используются три основных компонента культурного пространства, воздействия, которых на человека известно с глубокой древности, – музыка, зрительные образы и вербальные (речевые) каналы общения. По оценке слушателей, подтвержденной анкетированием, присутствие на подобных занятиях формирует преобладание положительных эмоций и улучшает самочувствие больных.

Возможности культурного воздействия на здоровье и качество жизни используются в интерактивной форме и при работе с детской аудиторией. В целях развития вербального (речевого) и зрительного (живопись, рисунки) восприятия у детей дошкольного и младшего школьного возраста подготовлена серия методических пособий «Возьми в друзья здоровье», а также ряд детских книжек и раскрасок: «Азбука здоровья», «Читайте, раскрашивайте на здоровье», «Слагаемые здоровья», «Полезная и вкусная еда – да!». Познавательные стихи и акrostихи, забавные картинки и раскраски помогают уже в раннем возрасте лучше запомнить основные правила гигиены.

Прошли века, но дух просветительства, культуры и заботы о «сохранении народа российского» по-прежнему витают в старых стенах особняка И.И. Шувалова. Используя современные возможности музейного учреждения, основываясь на опыте практической врачебной работы с различными категориями населения, в русле стоящих перед здравоохранением задач

(Ипатов П.В., Поддубская Е.А., Бойцов С.А. – 2016:11) музей пополняет экспозицию, совершенствует формы работы, в том числе с использованием технических средств, расширяет взаимодействие со всеми заинтересованными учреждениями Санкт-Петербурга и других регионов.

Литература

1. Лотова Е.И. Русская интеллигенция и вопросы общественной гигиены // Государственное издательство медицинской литературы. Москва, 1962, С. 17.
2. Вестник попечительства о народной трезвости. Санкт-Петербург, 1905, №49-50, С. 843.
3. Ломоносов М.В. Письмо о пользе стекла к действительному ея императорского величества камергеру и орденов святого Александра и святые Анну Кавалеру его превосходительству Ивану Ивановичу Шувалову от Коллежского Советника и Профессора Михайла Ломоносова, 1752 года: Изд-во АН СССР. Москва, 1959, т. 8, С. 508, 519.
4. Ипатов П.В., Поддубская Е.А., Бойцов С.А.: Вопросы здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний в Федеральном законе Российской Федерации №323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Аналитический обзор и предложения по внесению изменений и дополнений. 2016. №5. С. 11-15.

МУЗЕЙ ИСТОРИИ ОРГМУ КАК ЦЕНТР ВОСПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ НА МАТЕРИАЛАХ ИСТОРИИ И ТРАДИЦИЯХ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Казан И.И., Асабина Т.В., Филатова С.С.

Оренбургский государственный медицинский университет

MUSEUM OF ORGMU HISTORY IS CENTER FOR STUDENTS EDUCATION ON MATERIALS OF HIGHEST MEDICAL SCHOOL HISTORY AND TRADITIONS

Kagan I.I., Asabina T.V., Filatova S.S.

Orenburg State Medical University

Аннотация: статья посвящена описанию Музея истории Оренбургского государственного медицинского университета, форм и содержания его работы по воспитанию студентов на материалах истории и традициях университета.

Ключевые слова: музей истории, Оренбургский государственный медицинский университет.

Abstract: The article is devoted to the description of Museum of Orenburg State Medical University history, forms and contents of its work for students education on materials of university history and traditions.

Key words: museum of history, Orenburg State Medical University.

Музей истории Оренбургского государственного медицинского университета был организован в учебном корпусе № 3 и открыт 18 июня 1982 года. В 2003 и 2010 годах подвергался расширению и реконструкции.

В настоящее время весь музейный комплекс состоит из 4-х тематических экспозиционных залов, салона-гостиной и картинной галереи. Общая площадь музейного комплекса составляет 380 м². В четырех залах развернуты 26 тематических экспозиций, размещённых на 82 стендах, в 55 музейных шкафах, больших и малых витринах. В музейных экспозициях четырёх залов содержится около 3000 экспонатов, в салоне-гостиной – более 80 картин, художественных работ, книг, авторами которых являются сотрудники университета. В картинной галерее, открытой 18 октября 2010 года, экспонируется более 160 художественных работ ветерана ВОВ, бывшего ректора ОрГМУ Л.Ф. Ерёмко.

Экспонаты Музея раскрывают историю создания и развития вуза, его факультетов и кафедр, студенчества и студенческих организаций, достижения в учебно-методической, научно-исследовательской работе, совместной работе с практическим здравоохранением.

Зал № 1. «История организации и развития университета» содержит экспозиции по истории создания университета в 1944 году, об основателях университета, его ректорах, ведущих профессорах, истории партийной организации университета, сотрудниках университета – участниках Великой Отечественной войны, участниках событий в Афганистане, ветеранах войны и труда, памятные стенды об ушедших из жизни.

В зале № 2. «Медицинский университет как учебное и научное учреждение» представлены экспозиции и альбомы по истории учебно-методической работы, истории факультетов и кафедр, о библиотеке, клинических базах, экспозиции о научных школах университета, о проведенных различных научных форумах, актовых днях, о вкладе ученых университета в здравоохранение и народное хозяйство Оренбургской области.

Экспозиции зала № 3 «История студенчества университета» отражают историю комсомольской организации вуза, студенческого научного общества, достижения студенческого спорта, истории студенческих отрядов университета на промышленных стройках страны, в уборке урожая, шефской работе, студенческой художественной самодеятельности. На серии стендов этого зала помещены фамилии всех выпускников университета, получивших при окончании вуза диплом с отличием. В помещении зала располагается мини-зал на 40 мест для проведения различных встреч, бесед и других внутримузеевских мероприятий.

На стендах зала № 4 «Зал почета и памяти» представлены фотографии, документальные материалы о достижениях выпускников университета в их профессиональной, научной, общественной деятельности. Отдельные экс-

позиции посвящены академику РАН Г.Т. Сухих, члену-корреспонденту РАН В.И. Шевцову, заслуженному врачу РФ, почетному гражданину г. Оренбурга профессору В.Н. Канюкову, Герою Социалистического труда, врачу А.И. Дубровиной, ветерану Великой Отечественной войны, бывшему ректору университета, доценту Л.Ф. Еременко. В зале подарки выпускников университета и другие экспонаты.

Салон-гостиная предназначена для неформальных встреч в креслах за столиками студенческих и кафедральных коллективов, ветеранов, научных делегаций, выпускников, гостей университета. В салоне-гостиной размещены картины, вышивки, книги, различные художественные изделия сотрудников университета.

Картинная галерея Л.Ф. Еременко – это собрание более 160 картин, рисунков, альбомов одного самодеятельного художника, каким был Леонид Филиппович Еременко, который в 2009 году безвозмездно передал их в Музей. Из этих произведений создана постоянно действующая экспозиция, являющаяся основой работы Музея по эстетическому воспитанию студентов университета.

Музей является одним из штатных подразделений университета. Непосредственное руководство работой Музея на общественных началах по совместительству с основной работой в университете осуществляет научный руководитель Музея. Все предусмотренные виды работы, проводит штатный зав. Музеем, который опирается на общественный совет музея, студенческий актив. Зав. Музеем работает в тесном контакте с профсоюзным комитетом сотрудников, управлением по воспитательной работе университета, библиотекой, советом ветеранов, кафедрой оперативной хирургии и клинической анатомии им. С.С. Михайлова, кафедрой отечественной истории, кафедрой организации здравоохранения № 1, кафедрой философии и рядом других. При Музее работает научный студенческий кружок и объединение прозаиков и поэтов – сотрудников и студентов университета «Литературная гостиная».

Музей является регулярно работающим подразделением, обеспечивающим полную ежедневную доступность как для организованных, так и индивидуальных посещений студентами, сотрудниками университета, всеми жителями и гостями Оренбурга. Основными целями в работе Музея являются:

1. Участие в формировании у студентов – граждан России и будущих врачей устойчивой гражданской, патриотической, нравственной позиции, морального и профессионального облика современного врача,

2. Создание, сохранение и популяризация истории вуза, его традиций, памяти о его сотрудниках и выпускниках

Формы воспитательной работы Музея:

1. Систематические экскурсии с использованием музейных экспозиций.

2. Организуемые встречи в зале Музея и салоне-гостиной.
3. Издательская деятельность Музея.
4. Работа научного студенческого кружка Музея.
5. Ведение отдельного сайта Музея в составе сайта ОрГМУ.
6. Проведение интеллектуальных игр по истории медицины.

К музейным инициативам, направленным на воспитание студентов, могут быть отнесены: а) Обязательные экскурсии в Музей с каждой студенческой группой 1-го курса в сентябре-октябре каждого года по истории вуза и его традициях, б) Комплекс тематических экскурсий для студентов разных курсов, среди тем которых ведущее место занимают: «Великая Отечественная война в экспозициях Музея», «Научные и практические достижения ученых университета в медицине и здравоохранении», «Жизнь и деятельность ученых и врачей – выпускников университета», «Традиции и достижения студенчества университета», «Художественные произведения сотрудников университета», в) «Музейные среды» – встречи в Музее с известными учеными, врачами, деятелями культуры, общественными деятелями, г) Регулярное издание брошюр «Информационного вестника Музея истории ОрГМУ» в трех сериях: «История ОрГМУ», «Ученые ОрГМУ», «Выпускники ОрГМУ», д) Проведение научных исследований студентами – членами научного студенческого кружка Музея по истории вуза, медицины, здравоохранения Оренбургской области, о выдающихся деятелях отечественной медицины.

Ежегодно Музей принимает в среднем по 3000 посетителей в виде организованных экскурсий и встреч и индивидуальных посещений.

Среди посетителей Музея прежде всего студенты, сотрудники, выпускники университета. А также учащиеся профильных медицинских классов и школ, участники научных форумов, гости университета, студенты вузов и жители г. Оренбурга.

Большое внимание уделяется в Музее первокурсникам. По давно существующей традиции уже с первых дней занятий студенты организованно посещают Музей, где знакомятся с историей высшего учебного заведения, в которое поступили. И ещё не раз за первый учебный год они придут сюда на встречу с интересными людьми, или на выставку картин известного художника, или послушать классическую музыку, или ещё раз просто пройти по залам, располагающим к раздумьям о выбранной профессии. Студенты второго курса, начиная изучать историю медицины, приходят в Музей на экскурсию «ОрГМУ и история здравоохранения Оренбургской области», а затем самостоятельно посещают, как и все студенты старших курсов, различные музейные мероприятия. Одна из добрых традиций Музея – встречи-беседы студентов с ветеранами университета. Прежде всего, это Леонид Филиппович Ерёменко – выпускник ОГМИ 1952 года, ректор нашего высшего учебного заведения в 1973-77 гг., участник Великой Отечественной войны,

художник и поэт. В декабре 2009 года Л.Ф. Ерёмченко подарил родному университету к его 65-летию 160 картин. Университет ответил на это тем, что была создана картинная галерея, чтобы эти картины могли экспонироваться постоянно. Нужно ли говорить о том, что студенты с удовольствием приходят сюда и, если им выпал счастливый случай встретиться с автором картин, с интересом слушали его рассказ, задавали возникшие вопросы. Л.Ф. Ерёмченко охотно встречался с молодым поколением. Он мог читать свои стихи, беседовать с молодёжью на разные темы: об ответственности и долге врача, о любви к Родине, о значении творчества в жизни человека. Переоценить воспитательное значение таких встреч очень трудно.

Часто встречаются со студентами и интересно рассказывают о пережитых трудностях и о своей военной молодости участники Великой Отечественной войны и труженики тыла. В памятные майские дни каждого года проводятся экскурсии по экспозиции «Участники Великой Отечественной войны», созданной к 60-летию Великой Победы, где представлены материалы о сотрудниках академии. Большой интерес вызывают у молодёжи такие «свидетели» истории, как продуктовые карточки на декабрь 1941 года и подлинное письмо-треугольники с фронта, наградные Грамоты Верховного Главнокомандующего. Подобные мероприятия побуждают ребят активно участвовать в поисковой деятельности, в результате которой собраны материалы, посвящённые героическому подвигу оренбуржцев в годы Отечественной войны на фронте и в тылу.

Будущим врачам необходимо общаться со своими старшими коллегами, поэтому в Музее проводятся встречи-беседы студентов с практическими врачами и преподавателями вуза.

На встречи с первокурсниками приглашались преподаватели академии, окончившие наш вуз в разные годы. Немалый интерес вызывают у студентов и встречи с творческими людьми. Традиционными стали встречи наших студентов со своими сверстниками, с творческой молодёжью из института искусств им. Леопольда и Мстислава Ростроповичей. Под сводами Музея звучала музыка Баха, Вивальди, Скарлатти, Дербенко и других композиторов разных музыкальных эпох.

Шестикурсники, прощаясь с *Alma Mater*, опять приходят в Музей, зная, что через 10, 15, 20 и т. д. лет вновь придут сюда, чтобы вспомнить годы юности и встретиться со своими однокурсниками и преподавателями. Это тоже добрая традиция, которая сохраняется уже много десятилетий. Слушатели подготовительного отделения знакомятся на экскурсиях с историей ОрГМУ, а потом в течение года имеют возможность свободно посещать Музей. Посещают наш Музей учащиеся медицинского колледжа и старшеклассники школ города. В марте 2012 года Музей истории ОрГМУ впервые посетили воспитанники детских домов из села Кардаилово и посёлка Чебенки.

Музей работает в тесной связи с кафедрами, научной библиотекой академии, с курсом «Человек и культура», Совместно с кафедрами в рамках курса «Человек и культура» проводятся беседы на темы: «Этика и деонтология врача», «Профессия – врач», «От Гиппократов до наших дней», «Нетрадиционная медицина: как к ней относиться?» и т.д.

Большой интерес вызывают у студентов беседы на тему «Профессия врача и творчество» и встречи с людьми, которые всей своей жизнью подтверждают возможность этого союза.

Музей истории ОрГМУ является базой ветеранов медицинской академии. В Музее проводятся совместные мероприятия с Советом ветеранов. Здесь ветераны проводят свои встречи, собрания, посвящённые различным датам, юбилеям, Дням памяти. Ветераны академии – постоянные посетители мероприятий, проводимых в Музее.

Совет ветеранов академии совместно с городским и районными Советами ветеранов неоднократно проводили на базе Музея расширенные заседания. Их интересовало военно-патриотическое воспитание молодёжи в нашем университете. На базе нашего Музея проводилась встреча-совещание руководителей воспитательной работы и музеев истории высших учебных заведений города.

Гости нашего университета, которые приезжают на различные съезды, конференции, симпозиумы, совещания не только из городов России, но и из дальнего и ближнего зарубежья, обязательно посещают Музей, где знакомятся с историей вуза и его лучшими традициями, оставляя свои записи в «Книге отзывов».

Музеи – это обители Памяти. Поэтому мы не забываем памятные даты, связанные с академией и с людьми, которые в ней работали. Так, в последние годы в Музее проводились встречи, посвящённые памяти Л.Б. Авеличевой, много лет возглавлявшей кафедру иностранных языков, а с 1987 по 2003 год заведовавшей Музеем истории, доцента кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии Н.В. Сидоровой, 115-ой годовщине со дня рождения Александра Кузьмича Силантьева – основателя кафедры оперативной хирургии и клинической анатомии, одного из организаторов нашего университета.

Проводились в Музее и встречи-совещания руководителей воспитательной работы и музеев истории высших учебных заведений города.

Гости нашего университета, которые приезжают на различные съезды, конференции, симпозиумы, совещания не только из городов России, но и из дальнего и ближнего зарубежья, посещают Музей, где знакомятся с историей вуза и его лучшими традициями, оставляя свои записи в «Книге отзывов».

Музей истории ОрГМА поддерживает деловые связи с Оренбургским областным историко-краеведческим музеем и с музеями высших учебных

заведений города. На встречах музейных работников происходит полезный обмен опытом и работа по повышению квалификации.

5 июня 1991 года Министерством культуры РФ «За активную работу по воспитанию трудящихся и молодежи и значительный вклад в развитие музейного дела» Музею ОрГМУ присвоено почётное звание «Народный музей». 4 мая 2000 года решением бюро Президиума Совета Всероссийской организации ветеранов по итогам Всероссийского смотра-конкурса, проведённого в ознаменование 55-ой годовщины Великой Победы Музей истории ОрГМУ награжден Почетной Грамотой и занесен в «Книгу Почета» Всероссийской организации ветеранов. В 2016 г. Музей истории ОрГМУ со своей программой патриотического воспитания студентов был Лауреатом федерального Смотра-конкурса патриотического воспитания молодежи и студентов.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ УНИВЕРСИТЕТСКОГО МУЗЕЯ ПО ВОССТАНОВЛЕНИЮ ИМЕН РЕПРЕССИРОВАННЫХ ВРАЧЕЙ

Е.В.Комиссарова

Волгоградский государственный медицинский университет

ACTIVITY OF UNIVERSITY MUSEUM IN THE RESTORATION OF THE NAMES OF THE PUNISHED DOCTORS

E. V. Komissarova

Volgograd State Medical University

Аннотация: статья посвящена научно-исследовательской работе музея по выявлению имен репрессированных медиков на основе архивных источников. Приведены результаты деятельности музея ВолГМУ по восстановлению имен сталинградских врачей в истории медицины.

Ключевые слова: музей, архив, политические репрессии, история медицины, Сталинградская область.

Abstract: The article is devoted to the scientific research work of museum on the development of the names of the punished physicians on the basis of archive sources. The article is the result of the Museum of VolgSMU activity in the restoration of the names of Stalingrad doctors in the history of medicine.

Key words: museum, archive, political repressions, the history of medicine, Stalingrad region.

Политические репрессии 1930-х гг. нанесли значительный урон развитию отечественной медицины, многие ученые, врачи погибли, оказались в заключении, а их имена были вычеркнуты со страниц истории медицины.

Такая ситуация характерна для всех регионов СССР, в том числе и территории современной Волгоградской области, понесшей в XX веке тяжелые людские, материальные и культурные потери. Имена многих врачей, пользовавшихся авторитетом еще в дореволюционном Царицыне, а затем в Сталинграде 1920-х – 1930-х годов, позднее не встречаются. Многие разметали по стране и зарубежью события военного лихолетья гражданской и Великой Отечественной войн, социалистической реконструкции. Но многие деятели здравоохранения стали жертвами необоснованных репрессий, масштабы которых открываются только теперь, после рассекречивания архивов.

В Волгоградской области изучение истории довоенного периода затруднено в связи с утратой значительного корпуса документов, как государственных архивов, так и личных. Поэтому с целью изучения белых пятен на мрачных страницах истории региональной медицины, музей Волгоградского государственного медицинского университета обратился в Центр документации новейшей истории Волгоградской области (ЦДНОВО) и в Архив УФСБ по Волгоградской области, в которых рассекречен значительный массив документов.

Первым успехом было обнаружение в этих архивах личных дел с фотографиями первого директора Сталинградского медицинского института, заведующего отделом здравоохранения Сталинградской области Аким Кузьмича Мартынова (1898 – 1938 гг.). После окончания Петроградской военно-фельдшерской школы в ноябре 1916 г. А.К. Мартынов во время Первой мировой войны работал фельдшером в Уральской войсковой больнице, затем в 4-м Уральском казачьем полку, после октябрьского переворота избран членом Полкового Комитета, вступил в ВКП(б), был направлен на Медфак Саратовского Госуниверситета, после окончания которого с 1927 по 1937 г. работал в органах здравоохранения в Саратове, затем в Сталинграде: с ноября 1932 г. по июль 1937 г. – заведующий Нижне-Волжским, а затем Сталинградским крайздравотделом, в августе 1935 г. назначен по совместительству директором вновь организованного в Сталинграде медицинского института (ЦДНОВО 1936). Занимая с 1931 по 1937 г. (ЦДНОВО 1937) ключевые должности, А.К. Мартынов сыграл важную роль в организации здравоохранения и медицинского образования в регионе. Документы Сталинградского областного (краевого) и городского комитетов ВКП(б) 1934-1937 гг. воссоздают сложнейшую картину состояния здравоохранения в крае в тот период, обозначая круг серьезных проблем, которые приходилось решать заведующему облздравом: отсутствие топлива, медикаментов, больничного имущества, текучесть кадров врачей, задолженность по зарплате медицинским работникам и др. (ЦДНОВО 1934). А.К. Мартынов был арестован 23 июля 1937 г. УНКВД по Сталинградской области по обвинению в участии в троцкистско-зиновьевской террористической организации

и 14 января 1938 г. приговорен Военной Коллегией Верховного суда СССР к расстрелу. Приговор приведен в исполнение на следующий день в Сталинграде. Реабилитирован Мартынов А.К. в 1956 г. Место захоронения неизвестно (УФСБ 2010: 208).

Благодаря помощи архивистов УФСБ были выявлены имена и других медиков, пострадавших в той или иной степени в годы репрессий. В 1937-1938 гг. группа видных деятелей сталинградского здравоохранения была арестована по обвинению в участии в правотроцкистской террористической организации и проведении вредительской деятельности в области здравоохранения. Врач-терапевт поликлиники № 2 Краснооктябрьского района Сталинграда Я.И. Медведев умер в тюрьме. Более двух лет провели в заключении директор Сталинградского института микробиологии и эпидемиологии Н.С. Хейфец, бывший заведующий Сталинградским горздравотделом Е.Л. Ноткин, директор Областной санитарно-гигиенической лаборатории Н.Т. Цишнатти, начальник лечебно-профилактического сектора Облздравотдела Н.В. Качалкин. Уголовное дело в отношении них было прекращено из-за недоказанности обвинения, и они были освобождены из-под стражи в 1940 г., но окончательно реабилитированы только в 2002 г. (УФСБ 2010).

В результате репрессий местное здравоохранение потеряло высококвалифицированных специалистов, в которых остро нуждались лечебные учреждения. В условиях, когда население Поволжья и Юга России страдало от глазных болезней, были арестованы ведущие сталинградские офтальмологи: Борис Матвеевич Болтянский, 1885 г. р., выпускник медицинского факультета Харьковского университета, зав. глазным отделением 1-ой совбольницы и директор трахоматозной станции; Сергей Андрианович Елистратов, 1888 г.р., выпускник Московского университета, в 1922-1931 гг. главный врач областной больницы и заведующий глазным отделением, на момент ареста – врач-глазник в санчасти УНКВД Сталинградской области и в железнодорожной поликлинике. Б.М. Болтянский и С.А. Елистратов арестованы в июле 1938 г. и приговорены по ст. 58 УК РСФСР Военным трибуналом Северо-Кавказского военного округа в 1939 г. к лишению свободы в исправительно-трудовых лагерях на 10 лет, с конфискацией лично принадлежавшего им имущества. Отбывали наказание в Коми АССР в Печорлаге. Реабилитирован Болтянский Б.М. в 1957 г., Елистратов С.А. – в 1956 г. (УФСБ 2017).

Моисей Григорьевич Шафран, 1897 г.р., выпускник медицинского факультета Саратовского государственного университета, по специальности – врач-психиатр, с июля 1925 г. работал в Сталинграде врачом-ординатором нервно-психиатрической больницы, с 1930 г. – главным врачом. Арестован 17 июля 1938 г. по обвинению по ст. 58 п. 10 и 11 УК РСФСР (участник контрреволюционной организации). На основании данного обвинения Особое Совещание при НКВД СССР 10 сентября 1941 г. вынесло постановле-

ние о заключении Шафрана М.Г. в исправительно-трудовой лагерь сроком на 5 лет. После отбытия наказания в Сиблаге Кемеровской области, с 17 июля 1943 г. работал по вольному найму в должности заведующего больницей Арлюкского отделения Сиблага. В сентябре 1946 г. вернулся в Сталинград, работал врачом-психиатром в поликлинике № 4. Повторно М.Г. Шафран был арестован 16 декабря 1949 г. по тому же обвинению и отправлен в ссылку в Новосибирскую область. Реабилитирован М.Г. Шафран 30 марта 1955 г. (УФСБ 2017).

Таким образом, исследование архивных документов является важным направлением научной работы музея по изучению истории отечественной медицины, восстановлению забытых имен врачей в исторической памяти, способствуя сохранению историко-медицинского наследия и преемственности поколений российской интеллигенции.

Литература

1. УФСБ России по Волгоградской области. Архивная справка. 24.09.2010 № 10/8/440-208-214. Фонд № 6, ауд № 7395-пф, т.1, л.д. 1-4, 16, 225-229, 233-234, 239
2. УФСБ России по Волгоградской области. Архивная информация. 20.06.2017 № 10/998.
3. ЦДНИВО. Автобиография А.К. Мартынова. 1936 г. Ф. 113. Оп. 5. Д. 956. Л. 4-6.
4. ЦДНИВО. Протокол № 11 Заседания Бюро Сталинградского обкома ВКП(б) от 17 июля 1937 г. Ф. 113. Оп. 1. Д. 290. Л. 184.
5. ЦДНИВО. Постановление Сталинградского Крайкома ВКП(б) от 26 июня 1934 г. Протокол № 35, § 117(г) «О состоянии здравоохранения в Котельниковском и Николаевском районах». Ф. 113. Оп. 1. Д. 4. Л. 338, 338 об.

ИЗ ОПЫТА МЕЖМУЗЕЙНОЙ КОММУНИКАЦИИ МУЗЕЯ-ЗАПОВЕДНИКА «СТАЛИНГРАДСКАЯ БИТВА» И МУЗЕЯ ИСТОРИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

А.Б. Покатилов

Волгоградский областной центр медицинской профилактики

Е.А. Лепкова

Государственный историко-мемориальный музей-заповедник

«Сталинградская битва»

Л.И. Погасий

Музей истории здравоохранения Волгоградской области

FROM THE EXPERIENCE OF THE INTER-MUSEUM COMMUNICATION MUSEUM-RESERVE «BATTLE OF STALINGRAD» MUSEUM OF HISTORY OF HEALTH OF THE VOLGOGRAD REGION

B.A. Pokatilov

Volgograd regional center of medical prevention

E.A. Lepkova

State historical and memorial Museum-reserve «battle of Stalingrad»

L.I. Pogasiy

Museum of the history of health of the Volgograd region

Аннотация: статья посвящена анализу совместной работы двух уникальных для Волгоградской области музеев – мемориально-исторического и музея истории здравоохранения. Многолетний опыт плодотворного сотрудничества способствует развитию двух музеев в экспозиционно-выставочной и научно-исследовательской деятельности.

Ключевые слова: музей, межмузейная коммуникация, сотрудничество, история медицины, экспозиция.

Abstract: The article analyzes the collaboration of two unique for Volgograd region museums – memorial-historical Museum and the history of public health. Long-term experience of fruitful cooperation contributes to the development of the two museums in the exhibition and research activities

Key words: Museum, Museum communication, cooperation, history of medicine, exposure.

Современный музей является социокультурным институтом, центром передачи социокультурного опыта и пересечения научного, историко-идеологического и художественного пластов. Одними из приоритетных направлений в музейной работе на современном этапе являются вопросы развития межмузейной коммуникации в культурном пространстве общества. Способы

и методы межмузейной коммуникации могут быть разнообразными: от обмена исторической информацией до создания совместных проектов. Одним из примеров межмузейного сотрудничества является совместная работа музея истории здравоохранения Волгоградской области и Мемориально-исторического музея – одного из объектов музея-заповедника «Сталинградская битва».

Мемориально-исторический музей является единственным музеем в Южном федеральном округе, который занимается темой Гражданской войны. Уникальным музеем для нашего региона и одним из немногих в России музеев истории медицины является музей истории здравоохранения Волгоградской области, входящий в структуру Волгоградского областного центра медицинской профилактики. Музеи имеют многолетний опыт плодотворного сотрудничества в научно-исследовательской, экспозиционно-выставочной работе. Тематика мемориально-исторического музея, в рамках научно-исследовательской работы, предполагает разработку тем по истории здравоохранения Царицына-Сталинграда с конца XIX до середины XX века. Фонды музея истории здравоохранения располагают документами, отчетами, брошюрами, газетами, журналами вышеуказанного периода о развитии здравоохранения на территории нашего региона. Результатами такой деятельности стали статьи, исторические справки, доклады на конференциях регионального и общероссийского уровней. Целая серия статей по проблемам здравоохранения в Царицыне начала XX века была опубликована в местных и всероссийских журналах: «Развитие системы здравоохранения в Царицыне в конце XIX – начале XX в.в.: источниковедческий аспект» в материалах Межрегиональной научно-практической конференции «История медицины в собраниях архивов, библиотек и музеев», Волгоград, 23–24 апреля 2014 г.; «Холерные эпидемии в провинциальных городах Нижнего Поволжья в конце XIX – начале XX в.в. (по материалам Царицына)» в «Приволжском научном вестнике» № 5-2(45) – 2015 г.; «Медицинская помощь военнослужащим русской армии в период Первой мировой войны (по материалам Царицына)» в «Вестнике ВолГУ». Серия 4. История. Регионоведение. Международные отношения. №5 (29), Волгоград, 2014 г.

Помимо научно-исследовательской деятельности мемориально-исторический музей и музей истории здравоохранения успешно реализуют совместные проекты по созданию выставок, как наиболее мобильный инструмент подлинной музейной коммуникации. Появившиеся с конца 1980-х годов межмузейные выставки позволяют актуализировать и рассмотреть острые вопросы истории и проблемы общества. Проблемно-тематические межмузейные выставки позволяют более широко и разнопланово раскрыть проблемы истории, представить коллекции музея в соединении с экспонатами других музеев и культурных институтов. Межмузейные вы-

ставки, несомненно, имеют большой эффект и с точки зрения проявления к ним интереса аудитории и средств массовой информации, привлекая большее внимание, нежели выставки отдельных музеев (Зиновьева 2017: 105).

Музей истории здравоохранения Волгоградской области располагает редким экспозиционным материалом по истории развития медицинского дела на территории нашего края. В экспозиции представлены: Издание Саратовской губернской Управы «Санитарное состояние земских и церковноприходских школ в Царицынском уезде Земского санитарного врача Царицынского уезда К.Г. Туровского, 1906 г.; «Отчет заведующего Лабораторией доктора В.А. Мефодиева», Царицын, Типография В.В. Федоровой, 1912 г.; Медико-хозяйственный отчет Камышинской земской больницы за 1888 г.; Медицинский отчет по Камышинскому уезду за 1903 г.; издание «Деятельность городской врачебно-санитарной и ветеринарной организации по г. Царицыну за 1911 год. Типография Р. Федоровой, 1913 г. В фондах имеется юбилейный вариант газеты «Царицынский вестник» (10-летие издания, № 2773 от 1 февраля 1908 года), фотография благотворительного визита мадам К. Черчилль в Сталинград в апреле 1945 года с даром победившему городу медицинского инструментария на 800 тыс. фунтов стерлингов, а также напольные медицинские весы и ампутационная пила из этого набора. Большой интерес для музейного сообщества представляют наборы медицинских инструментов 1891 года выпуска, принадлежавшие земскому врачу А.Т. Попову, основателю медицинской династии региона с 50-летним стажем; диплом И.Н. Флоринского о получении степени лекаря с отличием (1913 г.), его личная печать и стетоскоп; первый стетоскоп академика РАМН, доктора медицинских наук, проф. А.Б. Зборовского, жителя г. Волгограда и основателя Волгоградского института ревматологии; метровой сувенирный стальной хирургический скальпель – подарок работников медсанчасти завода им. Петрова главному хирургу – онкологу В.В. Щеглову, участнику ВОВ, в день его 50-летия; ваза из гильзы снаряда, подаренная чехословацкими ранеными начальнику госпиталя С.М. Вознесенскому; уникальное издание «Полное руководство Повивального искусства с изложением кратких правил ухода и пособий при женских болезнях», составленное П.И. Добрыниным – доцентом при Санкт-Петербургском Родовспомогательном Заведении Ведомства Учреждений Императрицы Марии. Эти и другие музейные предметы обогащают фонд и используются музеями г. Волгограда при оформлении экспозиции.

Стремясь сделать экспозиции музеев более зрелищными, информационно-насыщенными, инновационными, создающими ощущение сопричастности посетителя к историческим событиям, научные коллективы работают над расширением тематического пространства, над поиском новых форм подачи экспозиционного материала, обновляя отдельные комплексы, дополняя экспозиции музеев новыми музейными предметами. Экспонаты

музея истории здравоохранения в разные годы можно было увидеть в музее-заповеднике «Сталинградская битва», на тематических российских конференциях в Волгоградском Государственном Университете, на выставке III Международного историко-культурного форума «Великая победа, добытая единством: народы Кавказа в битве за Сталинград» в 2013 году. В 2014 году музей-заповедник «Сталинградская битва» работал над реализацией масштабного выставочного проекта «Царицын в годы Первой мировой войны». Музей истории здравоохранения Волгоградской области предоставил свои предметы и фотографии для выставки. Огромный успех имел еще один совместный выставочный проект музея истории здравоохранения и музея-заповедника «Сталинградская битва» – это выставка «Женщины в истории Царицына-Сталинграда», где был представлен экспозиционный комплекс, посвященный К.Н. Обуховой, хирургу Красноярской участковой больницы Иловатского района Сталинградской области, депутату Верховного Совета РСФСР III созыва. На данный момент выставка действует как передвижная и является весьма востребованной среди музеев Волгоградской области.

Таким образом, музей истории здравоохранения Волгоградской области и мемориально-исторический музей имеют достаточно интересный опыт совместного сотрудничества в разных направлениях музейной работы, помогая друг другу в реализации выставочных проектов, в расширении экспозиционной базы каждого из музеев и проведении научно-исследовательской работы.

Литература

1. Зиновьева Ю.В. Межмузейные проекты в развитии культурного пространства // Вестник СПбГУККИ. 2017. № 2. С. 104–107.

МУЗЕЙ В КРАЕВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ БИБЛИОТЕКЕ: ПЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ РАБОТЫ

Р.Ф. Светлакова

Пермская краевая медицинская библиотека

THE MUSEUM IN REGIONAL MEDICAL LIBRARY: OF 5-YEAR WORK EXPERIENCE

R.F. Svetlakova

Perm regional medical library

Аннотация: статья посвящена деятельности Кабинета-музея редкой медицинской книги при Пермской краевой медицинской библиотеке, а также расширению экспозиции по другим направлениям.

Annotaion: the article is dedicated to the activity of rare medical book's Office-museum based in Perm regional medical library and also to the extinction of other directions exposition.

Ключевые слова: медицинская библиотека, книга, музей, история медицины.

Key words: medical library, book, museum, history of medicine.

Первоначально, несколько фактов о Пермской краевой медицинской библиотеке:

- создана 1 августа 1945 года;
- в сегодняшнем месте по адресу «город Пермь, шоссе Космонавтов, дом 16» библиотека располагается с января 2009 года;
- здание (Усадьба купцов Каменских, построенная по проекту известного архитектора В.В. Попатенко) является культурной и исторической ценностью, охраняется государством.

Поэтому для создания музея удачно сложились все предпосылки. Редкие медицинские издания бережно собирались и приобретались первым руководителем библиотеки – Леонидом Ивановичем Морозовым. Это были книги с экслибрисами и личными печатями врачей XIX – начала XX веков, книжные памятники XVIII века. В 2011 году нашей библиотеке были переданы дореволюционные издания по психиатрии и неврологии из краевой психиатрической больницы. В итоге, фонд редкой медицинской книги составил более 2500 экземпляров.

Данный фонд необходимо было расположить в отдельном помещении с учетом влажности и температуры. Такое место нашлось в мезонине Дома Каменских. Со временем пришло решение оформить помещение в стиле земской медицины. Так появился «Кабинет уездного доктора».

Краевая медицинская библиотека широко и торжественно отметила свое 70-летие в августе 2015 года. На этот юбилей библиотека получила роскошный подарок – макет военно-полевого госпиталя. Так родилась еще одна идея с расширением музейной экспозиции. Решение было однозначным: в год 70-летия Победы необходимо создать выставку «Врач на войне». Нашлось пригодное и удачное место – большое цокольное помещение с толстыми кирпичными стенами и арочными сводами. Материалов о пермских госпиталях было много, надлежало их систематизировать, удачно расположить для просмотра. Появилась необходимость отыскать новые истории, имена, фотографии, архивные документы...

Над пополнением двух больших экспозиций «Кабинет уездного доктора» и «Врач на войне» мы продолжаем работать неустанно.

Главная заслуга в наполнении музея экспонатами и материалами принадлежит заведующей библиотеки – Ирине Борисовне Смирновой. Личные контакты с коллекционерами, краеведами, преподавателями ПГМУ и ПГФА помогают пополнять фонд фотографиями, экспонатами, архивными документами. Первостепенный интерес уделяется предметам, отражающим историю медицины.

Хронология собрания – с 1790 года до 50-х годов XX века.

Вот некоторые названия отдельных коллекций:

- «Книги с уникальными печатями и экслибрисами врачей XIX – начала XX вв.»;
- «Справочные медицинские издания XIX вв.»;
- «Медицинские журналы конца XIX – начала XX вв.»;
- «Зарубежные издания конца XIX – начала XX вв.»;
- «Аптечное дело Прикамья (XIX – начала XX вв.)»;
- «Медицинские газеты с 1897 по 1916 гг.»;
- «Материалы съездов земских врачей Пермской губернии»;
- «Коллекция диссертаций XIX – первой половины XX вв.»;
- «Коллекция предметов быта конца XIX – начала XX вв.»;
- «Медико-статистические отчеты Пермской губернии»;
- «Федор и Григорий Каменские»;
- Сменная экспозиция «Портрет на фоне эпохи».

У нас есть определённый тематический профиль деятельности, поэтому вполне логично, что мы создали оригинальную музейную экспозицию.

Для поиска нужной информации по организации музея была проведена большая подготовительная работа. Пермский краеведческий музей выполнил анализ и оценку редких книжных изданий и сделал вывод, что в ПКМБ собрано «качественное и уникальное в своей совокупности собрание медицинской литературы (книги, газетная и журнальная периодика, картографические источники)». Сотрудники библиотеки в поисках творческого воодушевления

посетили несколько музеев. Во-первых, наибольший импульс был получен в музее истории Пермской краевой клинической больницы, далее – в Суксунском историко-краеведческом музее, в музеях Пермской государственной фармацевтической академии, гимназии №4 им. братьев Каменских, единственном в Пермском крае литературном музее в краевой детской библиотеке им. Л. Кузьмина. Состоялось множество личных встреч с людьми, которые долгое время занимаются историей, краеведением, в том числе и историей медицины. Это Людмила Федоровна Палатова, Яков Саулович Циммерман, Алексей Иванович Новиков, Анатолий Григорьевич Булычев, Олег Игоревич Нечаев, Владимир Федорович Гладышев, Аркадий Александрович Константинов, Олег Дуфарович Гайсин, Андрей Александрович Маткин... Многие из них являются нашими добрыми друзьями и единомышленниками.

Проектирование и разработка музейных экспозиций и экскурсий велась постоянно. В течение полугода собирали экспонаты, материалы (в том числе были затрачены и личные средства), продумывали интерьер, расположение выставок, проводили QR-кодирование экспонатов. Многие старинные книги подверглись «лечению» специальным дорогостоящим швейцарским препаратом «Биоцид метатин», которое проводит отдел редкой книги Пермской краевой библиотеки им. А. М. Горького.

В июне 2015 года были оформлены материалы для регистрации в Реестре медицинских музеев страны. На прошедшей в марте 2017 года Всероссийской конференции с международным участием «Медицинские музеи России: перспективы развития» нами был получен Сертификат реестра медицинских музеев России под номером 112 от Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Таким образом, краевая медицинская библиотека, совместно с деятельностью музея, наряду с традиционными информационными и просветительскими функциями, выполняет ещё одну важнейшую задачу – сохранения исторической памяти. Тем самым обеспечивает культурную преемственность поколений, берегает память о прошлом и сохраняет его лучшие традиции. Функцию сохранения культурного наследия называют мемориальной (Ростовцев 2014).

Примечательно публичное пространство, созданное в зданиях, имеющих историческое значение. Особую значимость приобретает подлинность места. Мемориальная деятельность также связана с понятием «дом». Архитектурное расположение нашей библиотеки в усадьбе, каким является особняк купцов Каменских, обуславливает связь с историей дома и места. Здесь объединились современные информационные, образовательные ресурсы со старинной эстетикой. Это существенное преимущество по сравнению с типовыми зданиями книгохранилищ. Здесь присутствует дух и колорит эпохи. Происходит интеграция библиотечного и музейного пространств в единое

культурное пространство (Шехурина 2010). Вследствие этого сложился профиль музея – не только медицинский, но и краеведческий.

Инструментом развития мемориальной функции в библиотечных и музейных учреждениях служат произведения печати, рукописи, документы, а также вещественно-предметный ряд, который гармонично сочетается с книжным. Таким образом, у нас был создан уникальный экспозиционный продукт, синтезирующий в себе библиотечный, музейный и творческий компоненты.

В современных библиотеках, реализующих мемориальную функцию, существуют следующие научные и художественные методы создания музейных экспозиций:

1. Коллекционный: коллекция книжных памятников, редких книг, нумизматики (фалеристика). Коллекции по профильной для библиотек тематике.
2. Ансамблевый. Он заключается в воссоздании на основе музейно-библиотечной коллекции бытовой среды, связанной с определённым историко-культурным процессом, явлением или событием.

Мемориальные вещи и произведения печати обладают особой аурой, которая подчёркивается посредством восстановления бытовой среды определённой эпохи, в которой жил тот или иной персонаж. Ансамблевый метод применим в основном в именных библиотеках, расположенных в исторических зданиях.

Иллюстративно-тематический. Он может быть использован библиотеками, обладающими достаточным предметным и документным потенциалом. Подобная экспозиция представляет собой красивую и понятную иллюстрацию. Все экспонаты собраны в тематический комплекс, с текстовыми комментариями (Викулова 2010).

В итоге можно сделать вывод, что библиотекой использованы все научные и художественные методы создания музея: коллекционный (коллекция редких книг, коллекция медицинского инструментария, коллекция аптечных склянок и др.), ансамблевый (экспозиции «Кабинет уездного доктора» и «Врач на войне»), а также иллюстративно-тематический (тематические комплексы с текстовыми комментариями).

Для музея не выделен отдельный штат сотрудников. Музей – совместная работа всего коллектива библиотеки. Поэтому существует и личная заинтересованность сотрудников в поиске уникальных материалов и документов.

Экскурсии проводятся для медицинских работников, гостей города, студентов ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера и базового медицинского колледжа, школьников и всех желающих. В 2016 году музей посетили более 950 человек.

Есть в нашей работе и некоторые проблемы. Но это, скорее, нерешенные задачи, для которых нужно время.

- 1) Каталогизация снимков, предметов, инструментария.
- 2) Создание комплекса музейных документов.
- 3) Развитие виртуальной среды музея с использованием прогрессивных информационных технологий.

Музей, являясь частью библиотеки, не только помогает сохранять историческое наследие, но и сам входит в систему культурно-исторических ценностей. Библиотека с музеем имеет большую популярность. Многоаспектность и многогранность исследовательской и экспозиционной работы возрастает. Эффективность образовательной и просветительской деятельности удваивается. Говоря современным языком, – музей при библиотеке выполняет роль социального маркетинга, создает для нее яркую, образную и убедительную рекламу.

Литература

1. Викулова В. П. Музейная экспозиция в библиотеке: типы и методы организации // Библиотечное дело. – 2010. – № 21. – С. 32-37.
2. Ростовцев В. А., Сидорчук И. В. Музей и историческая память в современной России // Вопросы музеологии. – 2014. – № 2 (10). – С. 16-21.
3. Шехурина Л. Д. Музей и книга (аспекты взаимодействия) // Библиосфера. – 2010. – № 4. – С.24-28.

8. ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ В ИСКУССТВЕ

АНАТОМИЯ В ГОЛЛАНДСКОЙ ЖИВОПИСИ XVII ВЕКА

Логинова С.В.,⁽¹⁾ Курячев Д.А.,⁽¹⁾ Глянцев С.П.⁽²⁾

⁽¹⁾ФГБОУ ВО «Нижегородская государственная медицинская академия»
Минздрава России, Нижний Новгород

⁽²⁾ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» Минздрава России, Москва

ANATOMY IN THE HOLLAND PAINTING OF THE XVII CENTURY

Loginova S.V.,⁽¹⁾ Kuryachyev D.A.,⁽¹⁾ Glyantsev S.P.⁽²⁾

⁽¹⁾FSBI HPE «Nizhny Novgorod State Medical Academy» of the Ministry
of Health of the Russian Federation, Nizhny Novgorod

⁽²⁾FSBI «A.N. Bakulev National Medical Research Center of Cardiovascular
Surgery» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow

Аннотация: в статье описаны некоторые произведения голландских живописцев XVII века (Питерсзоон А., 1603; ван Миревельт М., 1617; де Кейзер Т., 1619; Пикеной Н., 1624; ван Рейн Рембрандт, 1632, 1656; Баккер А., 1670; де Ман К., 1681; ван Некк Й., 1683), посвященные «урокам анатомии» или публичным вскрытиям человеческого тела. Анализ показал, что художники того времени не только владели техникой живописи эпохи Возрождения, но и хорошо знали внешнюю и внутреннюю анатомию человека. Благодаря сотрудничеству с анатомами, некоторые из художников прославились, а ряд анатомов остались в истории, благодаря художникам.

Annotation: The article describes some works of Holland painters of the 17th century (Pieterszoon A., 1603, van Mireveld M., 1617; de Keyzer T., 1619; Pickenoy N., 1624; van Rijn Rembrandt, 1632, 1656; Bakker A., 1670, de Man C., 1681, van Neck J., 1683), devoted to «anatomy lessons» or public autopsy of the human body. The analysis showed that the artists of that time not only owned the technique of Renaissance painting but also knew the outer and inner anatomy of man. Thanks to cooperation with anatomists some of the artists became famous, and a number of anatomists remained in history, thanks to artists.

Ключевые слова: голландская живопись XVII века, «уроки анатомии».

Key words: Holland painting of the XVII century, «anatomy lessons».

В Древнем мире и в раннем Средневековье сведения о строении тела человека были ограниченными. Авторитет Галена из Пергама (Galenus Pergamonis, ок. 130 – ок. 200) и его трактат «О назначении частей челове-

ческого тела» (*De usu partium corporis humani*), написанный во II веке, были основой обучения анатомии человека в университетах Европы в течение многих столетий.

Ситуация стала меняться в XVI веке после выхода в свет в 1543 году труда Андреаса ван Везеля, или Везалия из Брюсселя (*van Vesel Andreas Bruxellensis*, 1514 – 1564) «О строении человеческого тела в семи книгах» (*De humanis corporis fabrica in Libri septem*). Несмотря на то, что работа Везалия вызвала критику как со стороны учителей, например, Якоба Сильвия (*Sylvius Jacobus*, 1478 – 1555), так и ровесников ученого, например, Бартоломео Евстахия (*Bartholomeo Eustachius*, 1510 – 1574), интерес к описательной анатомии стал возрастать, а диссекции стали приобретать исследовательский характер. [1, 2]

Период жизни и деятельности Везалия совпал с эпохой Возрождения, когда художники начали использовать анатомические знания для более естественного изображения человеческого тела. Научная деятельность передовых анатомов того времени плодотворно сочеталась с творчеством выдающихся живописцев. Особенно в этом преуспели ученики Тициана (*Tiziano Vecellio*, 1478 – 1576), в частности, иллюстрировавший труд Везалия Ян Стефан ван Калькар (*van Calcar Jan Steven*, 1499 – 1546). [3]

Развитие анатомии привело к тому, что в XVII веке к ее изучению вплотную приступили врачи и хирурги. Так, в Нидерландах публичные диссекции человеческих трупов были обязаны посещать все лекари и их ученики. При этом обыватели тоже допускались в анатомический театр, но только после окончания вскрытия и за определенную плату. [4]

Однако такие лекции, сопровождавшиеся препарированием человеческого тела и демонстрацией его устройства, были в то время довольно редким и потому важным событием. Чтобы оставить память о нем, присутствовавшие на них врачи заказывали свой групповой портрет, а создаваемые полотна получили общее название «уроки анатомии». Подчеркнем, что подобная практика была распространена преимущественно в Нидерландах. Известно, что «уроки анатомии» существовали и в других странах (например, в Англии или Италии – вспомним ксилографические изображения диссекций в трудах М. да Луцци, А. Везалия или Р. Коломбо), но живописные работы голландских мастеров на эту тему получили наибольшую известность.

Многочисленные групповые и индивидуальные портреты учёных-анатомов и врачей писали как великие мастера: Ханс Гольбейн (*Holbein Hans der Jungere*, 1497 – 1543), Рембрандт ван Рейн (*van Rijn Rembrandt Harmenszoon*, 1606 – 1669), Эль Греко (*El Greco*, 1541 – 1614), так и менее известные живописцы, а то и просто любители: Арт Питерсзоон (*Pieterszoon Aert*, 1550 – 1612), Томас де Кейзер (*de Keyser Thomas Hendrickszoon*, 1596 – 1667), Михиль ван Миревельт (*van Miereveld Michiel Janszoon*, 1567 – 1641), Николаас Пикеной (*Pickenoy Nicolaes Eliaszoon*, 1588 – 1653) и другие, отдавая тем

самым дань уважения медицине и подчеркивая признательность ее скромным труженикам). [3]

Наше исследование посвящено взаимосвязи анатомии и искусства в произведениях некоторых голландских живописцев XVII века.

В 1601 году в Амстердаме групповой портрет врачей, пришедших на «урок анатомии» на фоне обнаженного человеческого тела, был заказан Арту Питерсзоону гильдией лекарей во главе с Себастьяном Эгбертсзооном (*Egbertszoon Sebastiaan*, 1563 – 1621). [4] Портрет был закончен в 1603 году. (рис. 1) Композиция полотна традиционна: за телом, лицо которого скрыто от глаз зрителей, с ножницами в правой руке изображен глава гильдии, или прелектор, Себастьян Эгбертсзоон, справа и слева от него (симметрично) – слушатели. Крайний слева держит медный таз для внутренностей, а крайний справа – какие-то записи. Характерно то, что данная работа действительно больше похожа на портрет смотрящих прямо на зрителей членов лекарской гильдии в составе 29 человек, чем на диссекцию, которая еще не началась. Ко времени написания портрета 5 лекарей, на нем изображенных, умерло от чумы 1602 года. Так зародилась традиция «уроков анатомии», которая в самой Голландии существовала, главным образом, в Северных Нидерландах. [4]

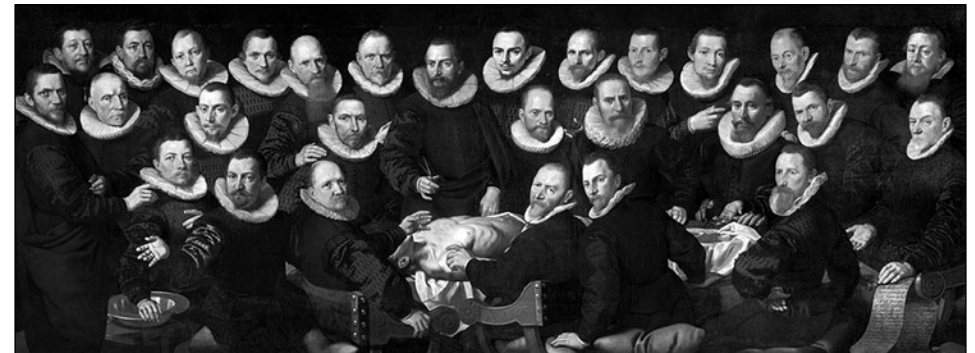


Рис. 1. «Урок анатомии доктора Себастьяна Эгбертсзоона». Худ. А. Питерсзоон. 1603 г. Холст, масло. Исторический музей Амстердама (*Musée Historique d'Amsterdam*), Амстердам.

В 1617 г. в Дельфте Михиль ван Миревельт создал полотно под названием «Урок анатомии доктора Виллема ван дер Меера» (*Meer Willem van der*). (рис. 2) Картина написана в свойственном тому времени стиле. Как и в первом примере, прелектор и 18 лекарей смотрят на зрителей, а не на предмет обучения, хотя вскрытое тело занимает гораздо больше места, нежели на первом полотне. Интересным является расположение изображенных врачей: 13 из них находятся в одной плоскости, а пятеро (вверху слева) – между и даже позади костей нескольких скелетов. Такое расположение можно объяснить тем, первые 13 человек заплатили художнику больше, нежели двое,

лица которых находятся между скелетами, а те, что выглядывает из-за костей – и того меньше.



Рис. 2. «Урок анатомии доктора Виллема ван дер Меера». Худ. М. ван Миревельт. 1617 г. Холст, масло. Городской музей Принсенхоф (Stedelijk Museum Het Prinsenhof), Дельфт.

На портрете есть несколько характерных деталей: прелектор, как обычно, расположен в центре композиции. В его правой руке – нож для диссекции, который он держит в позиции писчего пера. Слушатель слева держит в руках медный таз для внутренностей. Лицо и половые органы объекта диссекции прикрыты полотном. По наличию тлеющих ароматических палочек (на столе слева видна свеча для их разжигания), листьев мяты у персонажа первого ряда слева и курящихся благовоний на переднем плане можно предположить, что вскрывается не вполне свежий труп, о чем косвенно можно судить также по матово-серому цвету его брюшины. По традиции того времени вскрытие началось с демонстрации быстрее других подвергающихся разложению органов брюшной полости.



Рис. 3. «Урок остеологии доктора Себастьяна Эгбертсзоона». Худ. Т. де Кейзер. 1619 г. Холст, масло. Исторический музей Амстердама (Musée Historique d'Amsterdam), Амстердам.

В 1619 году Томасу де Кейзеру (в настоящее время высказывается предположение, что портрет принадлежит Николаасу Пикеною) был заказан второй групповой портрет с Себастьяном Эгбертсзооном, который получил название «Урок остеологии доктора Эгбертсзоона». [4] На «уроке» присутствуют 5 членов гильдии. В центре полотна изображен скелет человека с деформацией грудной клетки и позвоночника. Слева от него – Эгбертсзоон в широкополой шляпе, который демонстрирует слушателям либо 12-ю пару ребер (подтверждая тем самым вывод Везалия об их одинаковом числе у мужчин и женщин), либо какие-то нарушения в структуре одного из грудных позвонков. Этот портрет отличается от первых двух не только живописно, но и композиционно. С полотна убрано все лишнее. В центре помещен не прелектор, а предмет «урока» – скелет, разделяющий полотно на две половины, а из 6 участников только двое смотрят на зрителя. Остальные увлечены рассказом прелектора.

В 1624 году в Амстердаме был открыт анатомический театр и 10 членов гильдии лекарей во главе с прелектором Йоханном (Яном) Фонтейном заказали свой групповой портрет Николаасу Пикеною. В 1625 году портрет был готов. Но это – все, что о нем известно. В 1723 году картина сгорела при пожаре в зале Гильдии хирургов Амстердама, а копий ее не сохранилось.



Рис. 4. «Урок анатомии доктора Николауса Тульпа». Худ. Р. ван Рейн. 1632 г. Холст, масло. Королевская галерея Маурицхейз (Mauritshuis), Гаага.

Наиболее известной и изученной многими исследователями, как историками, так и искусствоведами, работой является «Урок анатомии доктора Тульпа» написанный в 1632 году 25-летним Рембрандтом ван Рейном, тогда еще мало кому известным художником. (рис. 4) На полотне изображены члены амстердамской гильдии хирургов, присутствующих на лекции своего прелектора Николауса Тульпа (псевдоним «тульп» врач взял от символа Голландии – тюльпана), назначенного на эту должность в 1628 году. Лекция была прочитана 31 января 1632 года в зале собраний Хирургической гильдии Амстердама. [4] Подчеркнем, что имена всех семерых слушателей известны (они под №№ от 2 до 8 перечислены на листе бумаги или пергамента, который держит в руке врач, изображенный слева от Тульпа), а их характерные положения и эмоции, направления взглядов, значимость в цехе лекарей описаны в многочисленных историко-медицинских и научно-популярных изданиях, включая Интернет. [5] В целом же отметим, что данная работа с художественной точки зрения наиболее совершенна из всех, рассмотренных нами в данной статье, причем для художника в равной степени были важны все персонажи, включая препарированное тело. Обратим так же внимание на то, что игрой света Рембранту удалось показать не только объем изображенных фигур, но и перспективу всей композиции, что для плоскостной манеры живописи того времени было необычным и рефлектировало к живописи эпохи Возрождения.

Рассмотрим, однако, главного персонажа картины (он обозначен №1, расположенной над тульей шляпы) и ее «анатомические особенности». Николас (Клаас) Питерсзоон, или Тульп (Piterszoon Nikolaes, 1593 – 1674), голландский анатом, хирург и мэр Амстердама, пользовался славой искусного врача. Ему принадлежат символ бескорыстной и самоотверженной врачебной деятельности (горящая свеча) и девиз: «Светя другим, сгораю» (Aliis inserviendo consumo). Помимо врачебной деятельности, Тульп был известен и как специалист в области сравнительной анатомии. Результаты своих врачебных и анатомических наблюдений он опубликовал в «Медицинских наблюдениях в четырех книгах» (Observationes Medicae), изданных в Амстердаме в 1641 году. Из анатомических образований, описанных Тульпом, укажем на клапан между тонкой и толстой кишками (клапан Тульпа), а из болезней голландских моряков – бери-бери, описанная позже как авитаминоз В1. [3] Именно Тульп предложил Ребрандту написать этот портрет. [4] Его выбор объясняют несколькими причинами: молодому и мало известному художнику можно было заплатить меньше, по этой же причине ему можно было навязать свое мнение и убедить, что эта работа сделает его известным. Всех этих целей, как показало время, Тульп достиг. Кстати, на полотне, как и положено прелектору, Тульп изображен в широкополой шляпе.

Интересен попавший в историю объект вскрытия по прозвищу «малыш Арис» (Kindt Adriaan Adriaanszoon), повешенный накануне вскрытия по обвинению в воровстве. Существует большое количество версий по поводу того, почему Тульп начал аутопсию с руки, а не с брюшной полости. Наиболее известные из них следующие: 1) тем самым Тульп отдавал дань уважения Везалию и его исследованию анатомии руки; [3] известен портрет Везалия, препарирующего кисть; 2) такой сюжет выражает некое религиозное послание: так же, как сухожилия управляют рукой, Бог управляет людьми, а наука должна доказывать людям могущество Бога; [1] 3) третья версия связана с Галеном, который считал, что в строении тела человека всё, вплоть до мельчайших деталей, создано Богом, и доказательством этого служила человеческая рука; каждый кровеносный сосуд, нерв, сухожилие, мускул и кость которой настолько совершенны, насколько это возможно. [5]

Наша версия такова. Если приглядеться к препарированной конечности, то на коже пальцев можно видеть некротические изменения, которые вряд ли могли возникнуть в первые дни после смерти. Можно предположить, что перед началом аутопсии Рембрандт по рекомендации Тульпа сделал эскиз препарированного и только после этого было выполнено вскрытие брюшной полости в соответствии с правилами того времени. А спустя несколько дней в более спокойной обстановке началось препарирование левой верхней конечности, на коже которой появились некротические участки. Живот при этом остался нерассеченным.

Интересно, что некоторые авторы, препарировав верхнюю конечность, пытались доказать, что выделить тот мышечно-сухожильный блок предплечья и кисти, который демонстрирует Тульп, без дополнительных повреждений невозможно, в то время как на полотне они отсутствуют. [7] Другие считают, что препарированные мышцы левой руки на картине были срисованы с анатомического препарата правой руки.

Почему правая рука изображена короче левой? Существует предположение, что правая кисть и часть предплечья у Мальша Ариса были отсечены во время казни, что кисть была дорисована Рембрандтом позже, и потому правая рука на картине выглядит короче. Но, рассуждая логически, могли ли Рембрандт, работая под руководством Тульпа, сделать такую ошибку? Мы полагаем, что не мог. Даже если что-то дописывалось позже, пропорции тела и другие элементы должны были быть соблюдены в точности. Иначе, заказчик-префектор и художник-портретист были бы просто осмеяны другими анатомами и членами хирургических гильдий других городов.

Мы полагаем, что объяснение разной длины конечностей может быть дано такое. С одной стороны, в течении нескольких дней до казни Мальша Ариса пытали на дыбе, при этом к ногам в таких случаях подвешивали утяжелители, в несколько раз превышающие вес преступника. В таком случае после экзекуции могли быть повреждены суставы верхних конечностей и их связочный аппарат, и левая рука на момент смерти могла быть вывихнута в плечевом суставе либо имела переломы, поэтому она была длиннее правой. С другой стороны, общий вид тела и прозвище казненного говорят о пикническом типе его телосложения, но с рядом нюансов. Торс Мальша – крупный, с хорошо развитой грудной клеткой, как будто застывшей на вдохе. По сравнению с торсом ноги выглядят короткими. Большая голова, крупные уши, нос, большие стопы и кисти позволяют предположить, что у Мальша Ариса было какое-то врожденное заболевание, которое привело к карликовости. В пользу этого говорят также хорошо выраженные мышцы плечевого пояса и груди. Все это может навести на мысль о дисплазии и укорочении правой руки.

Тульп демонстрирует тщательно отпрепарированные мышцы передней группы левого предплечья. Инструментом в своей правой руке он оттянул у трупа поверхностный сгибатель пальцев, а движением пальцев левой кисти показывает, как данная мышца работает у живого человека. Таким образом, «Урок анатомии доктора Тульпа», по нашему мнению, может считаться художественным монтажом, а не письмом с натуры. Однако Рембрандт сумел мастерски передать атмосферу эмоционального и увлекательного исследования, обстоятельно изобразив при этом внешнюю анатомию мужского тела. Обратим внимание на то, что лицо тела не прикрыто тканью, а затенено тенью, падающей от склонившегося над ним врача. Половые же органы, как и положено, закрыты тканью. Есть мнения, что слева у ног препарированного

тела расположен анатомический атлас больших размеров. Возможно, это – «Фабрика» Везалия. Не случайно некоторые слушатели смотрят не на препарат руки, а в атлас. Наконец, на листе бумаги (или пергамента), о котором мы говорили выше, можно различить контуры рисунка человеческой руки, который, возможно, набросал слушатель под номером №3.

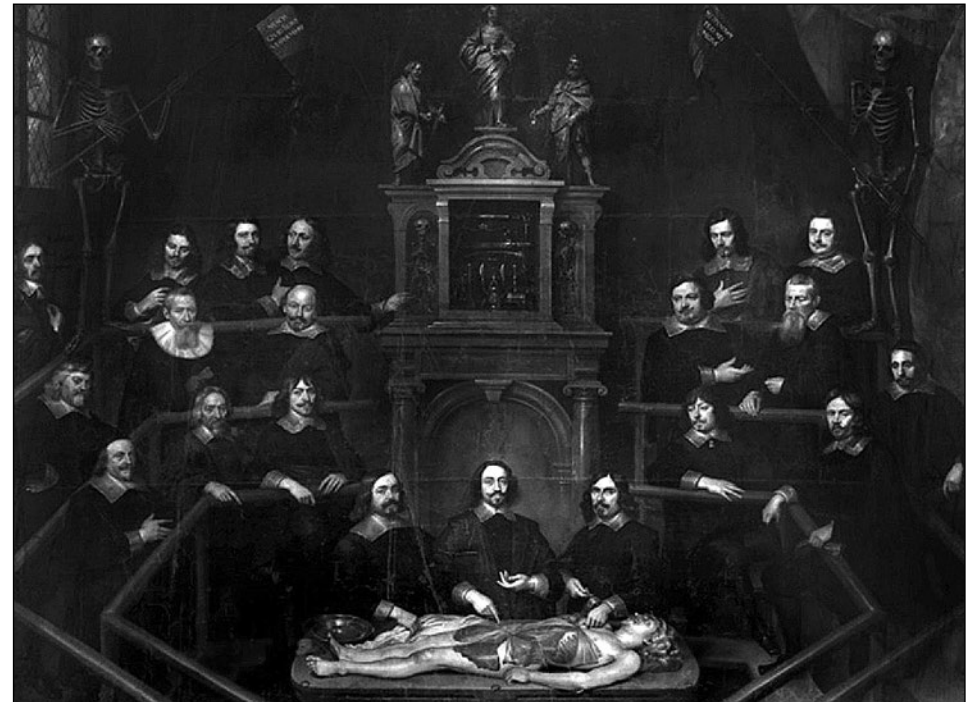


Рис. 5. «Урок анатомии доктора Иоанна ван Бютена». Худ. Ф. Денис. 1648 г. Холст, масло. Королевский музей Антверпена (Royal Museum of Fine Arts of Antwerp), Антверпен.

Известен «Урок анатомии доктора Иоанна ван Бютена», исполненный в 1648 г. художником из Южных Нидерландов, мастером Гильдии святого Луки, объединявшей художников Антверпена, Франсом Денисом (Denys Frans, François de Nijs; ок. 1610 – 1670). (рис. 5) В центре композиции изображен префектор и два его помощника, перед которыми расположено препарированное тело. Позади них в специальной нише – анатомические инструменты. Вскрытие происходит в анатомическом театре, за счет удаляющихся от зрителя рядов которого передана перспектива. Есть мнение, что в правой группе в верхнем ряду слева человек в костюме коричневого цвета с рукой, расположенной на груди, и есть сам художник, поклонившийся почтением происходящему действию.

Следующая работа была написана в 1656 году. Ею автором также является Рембрандт, а картина носит название «Урок анатомии доктора Яна Дей-

мана» (Deuman Jan). К сожалению, как многие работы того времени, в 1723 году холст пострадал при пожаре. Сохранилась только средняя нижняя часть картины.¹ (рис. 6) Напомним, что Ян Дейман занял место прелектора Гильдии хирургов Амстердама после перехода Николаса Тульпа с этого поста на должность мэра (бургомистра) города Амстердам. [4]



Рис. 6. «Урок анатомии доктора Яна Деймана». Худ. Р. ван Рейн. 1656 г. Холст, масло. Художественный музей Нидерландов, Рейксмузеум (Rijksmuseum), Амстердам.

Полотно было заказано Рембрандту как уже известному и знаменитому живописцу. Мы не можем сказать, сколько слушателей присутствовало на данном уроке. Но можно представить, что в центре композиции художник поместил прелектора, а вокруг него, скорее всего – асимметрично, расположил членов гильдии хирургов города Амстердам, внимательно изучающих строение черепа и головного мозга. На полотне слева изображен помощник Яна Деймана, который держит крышку черепной коробки. Обнажены полушария головного мозга, по бокам головы свисает отсепарированный скальп. Пальцы прелектора придерживают оболочки головного мозга. Это – второй этап вскрытия, так как органы брюшной полости уже извлечены. Тело лежит на столе ступнями к зрителю, в ракурсе, повторяющем фигуру Христа со знаменитого полотна Андреа Мантеньи (Mantegna Andreas, 1431 – 1506)

1 В том же пожаре погибла картина Николаса Пикеноя «Урок анатомии доктора Йохана Фонтейна».

«Мертвый Христос», или «Оплакивание Христа», из миланской пинакотеки, созданного в конце XV века. [3] (рис. 7) Правда, вскрытое тело у Рембрандта не является центром композиции и, видимо, поэтому написано менее анатомично, чем тело Христа. Например, «подъем» на правой стопе изображен не у внутреннего ее края, а снаружи, что с точки зрения анатомии неверно.



Рис. 7. «Оплакивание мертвого Христа». Худ. А. Мантеньи. Ок. 1475/78 г. Холст, темпера. Пинакотека Брера (Pinacoteca di Brera), Милан

На следующих двух работах изображен известный не только в Голландии, но и в Европе ботаник и анатом, профессор Лейденского университета Фредерик Рюйш (Ruysch Frederick, 1638 – 1731). Оба произведения носят явный отпечаток Рембрандтовской школы. Это – написанная в 1670 году «Лекция по анатомии доктора Фредерика Рюиша» Андриана Баккера и датированная 1683 годом «Анатомия доктора Фредерика Рюиша» Йоханна (Яна) ван Некка.

Профессор Рюйш вошел в историю, как создатель уникальных анатомических препаратов, существующих по сей день, и автор многих научных сочинений: «Письма об анатомических проблемах» (Epistolae anatomicae problematicae), «Архив анатомии» (Thesaurus anatomicus), «Архив живых существ» (Thesaurus animalium primus), представляющих собой каталоги его анатомических и зоологических коллекций, а также «Труды по анатомии для медико-хирургов» (Opera omnia anatomico-medico-chirurgica) и другие. [3] Известны многочисленные описанные им анатомические образования, названные его именем: «Рюйшевы вены» (vv.vorticosae, или вены сосудистой

оболочки глаза); «Рюишева мышца» (мышечные пучки дна матки, названные им «Lucina» по имени богини деторождения у древних римлян); «Рюишева перепонка» (lamina chorioidecapillaris, или хориокапиллярная пластинка сосудистой оболочки глазного яблока); «Рюишев ход» (canalis nasopalatinus, или клиновидно-решетчатое углубление на основании черепа) и др. [8]



Рис. 8. «Лекции по анатомии доктора Фредерика Рюиша». Худ. А. Баккер. 1670 г. Холст, масло. Исторический музей Амстердама (Musée Historique d'Amsterdam), Амстердама.

Весной 1670 года Рюиш дал публичный урок диссекции казненного накануне через повешение преступника. Изобразить урок предложили Адриану Баккеру (Adriaen Baecker, 1635 – 1684). [4] (рис. 8) На полотне видно, что 32-летний Рюиш отступил от традиционных правил вскрытия: зритель видит отпрепарированную кожу левой паховой области с переходом на передне-внутреннюю поверхность бедра, но в отличие от брюшной стенки, где снята только кожа, на бедре видна мышечная ткань. При этом молодой прелектор (Рюиш изображен в шляпе с зондом в правой руке) демонстрирует слушателям и зрителям нечто полупрозрачное, извлеченное со стороны левой паховой области. Возможно, что это – лимфатические узлы. Даже если бы мы не знали, кто автор портрета, и если бы на картине отсутствовали другие персонажи, кроме мертвого тела, все равно можно было бы догадаться, что картина написана в ту пору, когда художники занимались не только живописью, но и изучением анатомии. Потому что такое изображение тела человека с выраженной рельефной мускулатурой и четкостью контуров характерно для эпохи Возрождения. Впрочем, нехарактерным для «уроков» является открытое лицо анатомируемого тела. Обратим также внимание на задний план, где Баккер изобразил две скульптуры, в одной из которых (правой) можно узнать бога медицины Асклепия.



Рис. 9. «Урок анатомии доктора Фредерика Рюиша» Худ. Й. ван Некк. 1683 г. Холст, масло. Musée Historique d'Amsterdam (Исторический музей Амстердама), Амстердам.

Второй групповой портрет во главе с Рюишем создал Йоханн (Ян) ван Некк (van Neck Joann, Jan, 1634 – 1714). [4] (рис. 9) Центральное место на полотне занимает младенец с плацентой. Поддерживая пуповину, 45-летний Рюиш демонстрирует особенности кровоснабжения плода [3] и при этом указывает место перевязки пуповины при рождении. Учитывая, что плацента соединена с плодом, можно предположить, что ребенок умер в чреве матери или вместе с ней. Вполне вероятно, что роженица погибла во время родов, так как плод на картине выглядит довольно крупным. Кроме младенца на картине можно видеть еще один препарат – детский скелет с увеличенным мозговым отделом черепа. Предположив, что данный скелет является одним из экспонатов частной коллекции Фредерика Рюиша, можно объяснить тот факт, что держать его профессор доверил своему сыну Хендрику. Глядя на эту картину можно сказать, что она больше похожа на «урок анатомии», чем все предыдущие. Поскольку Рюиш смотрит прямо на нас, создается впечатление нашего присутствия на читаемой им лекции. Впоследствии Хендрик Рюиш (Hendrick Ruysch) после окончания университета стал городским врачом в Амстердаме и преподавал в акушерской школе.

Последний из рассмотренных нами «уроков анатомии» был написан в 1681 году художником Корнелисом де Маном (de Man Cornelis, 1621 – 1706). (рис. 10) К сожалению, в доступных источниках найти сведений о том, кто является учителем на данном уроке (он традиционно расположен в центре композиции с непокрытой головой), нам не удалось. Можно предположить, что это – гильдия хирургов города Дельфта. На портрете самому препарату уделено не так много внимания. Можно видеть вскрытую брюшную полость

и грудную клетку, кожа с передней поверхности груди отпрепарирована, внутренности удалены. Лицо и нижняя часть туловища прикрыты тканью. Но хорошо заметна анатомическая школа голландских художников, так как даже на таком препарате, находящимся не в эпицентре события, автору удалось отобразить мышечную грацию левой руки. С одной стороны, автор также пытался вовлечь зрителя в «урок»: прелектор смотрит прямо на нас. С другой стороны, фигуры слушателей, в отличие от, например, «урока» Тульпа Рембрандта, статичны, хотя и пытаются выразить те или иные эмоции.



Рис. 10. «Урок анатомии». Худ. К. де Ман. 1681 г. Холст, масло.
Городской музей Принсенхоф (Stedelijk Museum Het Prinsenhof), Дельфт.

Таким образом, анализ работ голландских художников XVII века, посвященных «урокам анатомии», или публичным вскрытиям человеческого тела, показал, что живописцы того времени не только владели техникой живописи Возрождения, но и хорошо знали анатомию, улавливали и воспроизводили движения мышц, их структуру, соотношение (пропорции) частей тела в различных ракурсах. Со времен Везалия художники научились тонко передавать возрастную анатомию тела человека, как движущегося, так и мертвого. Некоторые из художников, будучи еще совсем молодыми (Рембрандт), получили известность, благодаря своим анатомическим произведениям, а ряд анатомов (Эгбертсзон, ван дер Меер, Дейман и др.) остались в истории, благодаря «урокам анатомии». В этом, на наш взгляд, отразилось взаимовлияние искусства и анатомии XVII века, повлиявшее на развитие как живописи, так и медицины.

Литература

1. Яновская М.И. Очень долгий путь. М.: Знание, 1972.
2. Глязер Г. Новейшие победы медицины. М.: Молодая гвардия, 1966.
3. Гончаров Н.И. Зримые фрагменты истории. Волгоград: Нижне-Волжское книжное издательство, 1984.
4. Койманс Л. Художник смерти. Анатомические уроки Фредерика Рюйша. Санкт-Петербург: Наука, 2008.
5. Hagen R.-M., Hagen R. Meisterwerke im Detail. Vol.2. Köln: Taschen Verlag, 2003.
6. Glazo. Урок анатомии (первый). 2013-07-27. Электронный ресурс: <http://glazo.livejournal.com/89020.html>
7. Ijpm F.F., Van de Graaf R.C., Nicolai J.P., Meek M.F. The anatomy lesson of Dr. Nicolaes Tulp by Rembrandt (1632): a comparison of the painting with a dissected left forearm of a Dutch male cadaver. Journal of Hand Surgery. 2006; 31: 882 – 891.
8. Самусев Р.П., Гончаров Н.И. Эпонимы в морфологии. М.: Медицина, 1989.

МЕДИЦИНСКАЯ ТЕМАТИКА В КАРТИНАХ «МАЛЫХ ГОЛЛАНДЦЕВ»

И.В. Чернышева

Волгоградский государственный медицинский университет

MEDICAL THEMATICS IN THE PICTURES OF «SMALL DATCH».

I.V. Chernysheva

Volograd State Medical University

Аннотация: с момента зарождения живописи как искусства, одним из её сюжетов в различные исторические эпохи стала медицина в её разнообразных ипостасях. Живопись, способствовала «историческому и культурологическому» освоению медицины на протяжении многих веков. В XVII веке художниками, названными малыми голландцами, созданы картины, которые являются важнейшими источниками по истории медицины этого периода.

Ключевые слова: малые голландцы, медицинская тематика, врач, пациент, бытовой жанр.

Abstract: Since the inception of painting as an art, one of its plots in various historical epochs has become medicine in its various hypostases. Painting, contributed to the «historical and culturological» development of medicine for many centuries. In the XVII century, artists, called small Dutch, created paintings, which are the most important sources on the history of medicine of this period.

Key-words: small Dutch, medical subjects, doctor, patient, household genre.

Медицина и искусство относятся к древнейшим сферам человеческой деятельности, правда, возникшим по разным основаниям. Древнейшим

приёмам врачевания тела первобытный человек учился у живой природы, реализуя инстинкт самосохранения. Искусство – по своему генезису, представляют собой абсолютно культурный артефакт, возникший из внутренней духовной потребности самопознания и познания мира. Тем не менее, хотя в момент зарождения каждая из этих видов деятельности была «направлена на познание разных ипостасей человека (медицины на познание тела, искусство – на познание духа и души), объект был и остаётся общий – человек в многообразии своих проявлений». (Чернышева 2007: 59).

Неразрывная связь медицины и искусства ярче всего проявляется в живописи. С момента своего зарождения изобразительное искусство, кроме психотерапевтической и профилактической, выполняет и познавательную функцию. Произведения искусства: наскальные рисунки, фрески, иконы, графика, картины весьма полезны для представления об исторической эволюции медицины, поскольку показывают не только саму медицинскую науку в развитии, но и ее представителей в различных аспектах (научных, технических, человеческих). На полотнах, изображающих процесс врачевания, художники вкладывали свое отношение к медицине и к ее представителям. А отношение к ним в разные эпохи было неоднозначное – от иронично-снисходительного до почтительно-уважительного, граничащего с идолопоклонством. Очень показательны и информативны в этом плане картины голландских художников XVII века.

Нидерландская революция и установление республики, утверждение протестантизма и освобождение от схоластики, привело в XVII веке к развитию медицинского научного знания на основе эксперимента. Передовым центром формирования медицинской науки становится Лейденский университет. Это время расцвета голландской медицины, которое позже назовут «золотым веком». Многие европейские ученые приезжают в Голландию ради возможности опубликовать свои работы, преподавать в Лейденском университете, а также, чтобы изучать анатомию. Успехи в науке и анатомии, прекрасно демонстрируют картины великих голландцев: «Урок анатомии доктора Тюльпа» и «Урок анатомии доктора Деймана» Рембрандта, «Урок анатомии Фредерика Рюйша» Яна ван Эйка, «Урок анатомии доктора Виллема ван дер Меера» Питера ван Мервелта и др.

В XVII веке идет процесс формирования голландской нации, что было связано с развитием и утверждением в стране капиталистических отношений, общностью территории, экономической жизни, культуры. Складывается национальная художественная школа. Особенностью голландских художников становится создание реального образа до мельчайших подробностей. К середине XVII века реалистичное искусство достигает своих вершин в творчестве не только великих, но и «малых» голландцев. Установление протестантизма привело к значительному сокращению заказов

на религиозную живопись и распространению бытового жанра, который раскрывал повседневную жизнь обычного человека независимо от социального статуса: крестьянина, бюргера, ученого. Именно в бытовом жанре, считавшемся низким, работали художники, получившие название «малых голландцев». Небольшие по размеру картины камерным сюжетом предназначались не для дворцов или храмов, а для скромного интерьера обычного жилого дома. В отсутствие родовой аристократии, коронованных заказчиков и церковных покровителей представители буржуазии стали главными потребителями произведений искусства. Зажиточные крестьяне старались не отставать от горожан, и также украшали свои дома «досками с картинками».

Медицинская тематика занимает особое место в работах «малых голландцев». Основные сюжеты целой серии картин рассказывают о визите врача к пациенту, о работе цирюльника-хирурга, о враче-шарлатане, обманывающем доверчивого пациента и др. Яркие образы врачей и пациентов, созданные живописцами, исполнены иронии, юмора, двусмысленности, а иногда и насмешки. Несерьезность образов во многом отражало неверие в возможности медицины того времени и неоднозначное отношение авторов к врачебному сословию. Дело в том, что, несмотря на учреждение медицинских факультетов, профессиональный уровень большинства эскулапов оставался невысоким. Штат лекарей отличался сильной разнородностью, поэтому и изображали их художники по-разному: одни создавали образ компетентного специалиста, знающего свое дело, другие – шарлатана, который стремится заморочить голову пациенту и думает только о вознаграждении, а третьи видят в докторе исключительно комедийного персонажа.

Одним из ярких представителей малых голландцев является Ян Стен, который создал около 20 картин на медицинскую тематику. Среди них: «Зубной врач», «Мнимая больная девушка», «Визит врача» и др. Ян Стен более часто, нежели его собратья по перу, использовал сюжеты, в которых персонажами являлись врач и пациентки. Одежда пациенток характеризует их социальный статус, одежда врачей – профессиональную принадлежность. Стен даёт в банальных жизненных ситуациях узнаваемые, легко «читаемые» всеми позы, жесты, выражения лиц.

В картине «Визит врача на дом» художник изобразил типичную для того времени ситуацию: богатая пациентка, страдающая меланхолией, скукой, любовной лихорадкой и др., сопутствующими ее возрасту и положению «болезнями», приглашает доктора. Весь образ молодой женщины с бледным лицом, страдальческим взглядом, обращённым не столько к врачу, сколько к Богу с мольбой о помощи должен продемонстрировать доктору тяжелую болезнь. Доктор, разложив на столе медный таз и бутылку со снадобьем измеряет пульс больной. Лекарь всячески пытается продемонстрировать

пациентке озабоченность и сочувствие по поводу ее «серьезного недуга». Он подбирает нужные слова, вставляет медицинские термины, что-то выдумывает, одним словом всячески подыгрывает мнимой больной.

Визит врача к молодой даме, страдающей «сердечной слабостью от любви» – одна из любимейших тем Яна Стена. Хотя этот же сюжет пытались обыграть и другие художники, но ни один не смог сделать это так виртуозно, как он. Нередко в его картинах врачи изображались этакими жизнелюбивыми проходимцами, дающими весьма отвлечённые советы за вполне ощутимые деньги.

Основными методами диагностики заболеваний у голландских врачей в XVII веке являлись: исследование пульса и уроскопия (осмотр мочи). Эти методы зародились еще в древнем мире и активно использовались врачами Древнего Китая, Вавилона Индии. Но злоупотребление ими в медицинской практике, привело к тому, что изображение врача, измеряющего пульс (Ян Стен) или рассматривающего в колбе мочу пациента (Герард Доу), стало, по сути, визитной карточкой этих художников.

Герард Доу, ученик Рембрандта, создал несколько полотен: «Больная водяжкой», «Больная у врача», «Врач проверяет мочу», «Терапевт», в которых изобразил лекаря, чьим неотъемлемым атрибутом стала колба с мочой в руках. Специальный стеклянный сосуд – колбу, в то время называли матулой. В картине «Больная водяжкой» доктор, пришедший с визитом к заболевшей пациентке, выглядит весьма комично. На нем богатая одежда, на голове шляпа, в правой руке колба с мочой, которую он глубокомысленно рассматривает, чтобы дать хоть какое-то заключение о состоянии больной и лечебные рекомендации. Его длинный нос направлен на колбу, а левая рука раскрыта в вопрошающем жесте. Кажется, что врач находится в полном недоумении по поводу состояния больной. Сидящая в кресле пациентки имеет болезненный вид. Одна служанка подносит ей ко рту ложку со снадобьем, а вторая держит за руку, пытаясь приободрить больную.

Визиты частных врачей хорошо оплачивались. Они представляли элиту по отношению к хирургам, с которыми образовывали одну гильдию. Университетская степень медиков давала им право экзаменовывать собратьев-хирургов и контролировать наиболее сложные из выполняемых теми операций, таких, как удаление камней или катаракты, сращение переломов.

По давней традиции, хирурги, являясь ремесленниками, кроме врачевания ран, сращения переломов, кровопускания, также выполняли обязанности цирюльников: стрижка бороды и волос, но концу века большинство хирургов отказались от цирюльнической деятельности. Власти многих крупных городов: Амстердама, Гааги и др. были заинтересованы в возведении хирургии в разряд науки, поэтому создавали анатомические курсы для хирургов. В отличие от других ремесленников хирурги, прежде чем присту-

пить к практической деятельности, должны были сдать экзамен медикам и опытным хирургам. (Зюмтор 2001: 144)

Некоторые хирурги, которых называли «домашние», устраивали приемную в одной из комнат собственного жилища. Там они размещали инструменты: хирургические ножи, прямые и изогнутые, с зубчатым лезвием, иглы для кровопускания и щипцы для вырывания зубов. Многие старались украсить комнату «атрибутами ученого»: череп, склянки и профессиональное свидетельство для придания большей значимости. В качестве операционного стола часто выступал простой табурет. Отличительной одежды, как медики, хирурги не носили.

«Домашних» хирургов и их горемычных пациентов со всей реалистичностью изображал фламандский художник Андриан Браувер, проживший несколько лет в Голландии и усвоивший практику создания небольших жанровых картин.

Действие картины «Операция на спине» проходит в тёмном, грязном помещении, так называемой приемной хирурга. Лицо лекаря серьёзно и сосредоточенно. Для удобства и устойчивости нога, согнутая в колене, стоит на возвышении. В руке хирурга, очевидно, скальпель или острый нож, которым он вырезает фурункул. «Ассистирует» доктору седая старуха, внимательно наблюдающая за действиями лекаря. Лицо пациента исказилось от боли, и он закусил губу, чтобы не кричать. Арсенал медикаментов и инструментов у хирурга весьма скромнен: на столе – комок ваты бутылочка со снадобьем.

Смелость образов и живописное мастерство А. Браувера привело к тому, что ему стали подражать, в том числе и Андриан Ван Остаде. Главными темами его творчества стали жанровые сцены, показ крестьянского быта. Были им написаны и несколько картин на медицинскую тему: «Сцена у врача», «Извлечение парикмахером зуба» и др.

В картине Андриана Ван Остаде «Извлечение парикмахером зуба» художник создал типичную обстановку для жанровой сценки. Главный герой – цирюльник, а по совместительству хирург и зубной врач оказывает стоматологические услуги в небольшой комнатке своего дома. Набор инструментов лекаря: щипцы, которыми он удаляет зуб у пациента и нож, который в любую минуту готов ему подать мальчишка-помощник. Цирюльник крепко охватил голову пациента, не давая ему возможности пошевелиться. Пациент – крепкий крестьянин, уперся ногами в пол, противодействуя боли. За результатом врачебной манипуляции с любопытством наблюдают зрители, среди которых, возможно, и следующий пациент, искренне сочувствующий и надеющийся на благоприятный исход операции.

Существовали и бродячие хирурги, отбившиеся от гильдии, и шарлатаны-врачеватели, которые колесили по всей стране, предлагая на рынках, ярмарках наивным неграмотным крестьянам и ремесленникам порошки и

травы чудодейственного свойства. Чтобы привлечь публику, самозванцы часто надевали докторскую мантию, парик или наоборот костюм арлекина и прибаутками созывали толпу. Часто, выдавая себя за доктора, они проводили такие манипуляции как удаление зуба и вскрытие фурункулов.

Действие картины Яна Стена «Зубной врач» или «Шарлатан» происходит на одной из сельских улочек. Самозванец, переодетый в одежду медика (несвежий белый воротник свидетельствует об этом), удаляет зуб юноше. В правой руке «врач» держит пинцет или зажим, а левой поддерживает лицо парня. Пациент от боли сжал кулаки и выдвинул вперед ногу, как будто защищаясь ею. На бочке, служащей импровизированным столом, находится склянка, возможно с лекарством, снимающим боль. Крестьяне, среди которых много детей, кто с любопытством, кто с сочувствием наблюдают за операцией. Лечение и удаление зубов в тот период было процедурой прилюдной. Не случайно процесс удаления зуба называли фокусом. Обстановка рыночного «зубоврачебного кабинета» была рассчитана на реакцию толпы. Услуги медика, стоящие недорого, для крестьян были практически недоступны, поэтому и приходится им обращаться к такому заезжему «доктору» в роли которого могли выступать: цирюльники, банщики, кузнецы, граверы, ювелиры.

Исторически медицина и искусство тесно связаны с момента возникновения. Изображения врача появляются уже в наскальной живописи эпохи палеолита. В последующие эпохи мастера живописи продолжают создавать сюжеты на медицинскую тематику: лечение больных, врач и пациент, достижения медицины и др. XVII век обогатил сокровищницу мирового искусства картинами малых голландцев, отражающих профессиональную деятельность врачей со всей реалистичностью.

Литература

1. Зюмтор П. Повседневная жизнь Голландии во времена Рембрандта -М.: Молодая гвардия, 2001. – 400 с.
2. Чернышева И.В. Медицина в социокультурной динамике общества: дис.... канд. филолос.: 24.00.01.- Волгоград, 2007. – 129 с.

САНИТАРНЫЕ ПЛАКАТЫ М.М. ЧЕРЕМНЫХ И В.В. МАЯКОВСКОГО В КОЛЛЕКЦИИ РОССИЙСКОГО МУЗЕЯ МЕДИЦИНЫ НАЦИОНАЛЬНОГО НИИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ ИМ. Н.А. СЕМАШКО

М.С. Туторская, Н.В. Чиж

*Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова*

SANITARY POSTERS BY MIKHAIL CHEREMNYKH AND VLADIMIR MAYAKOVSKY IN THE COLLECTION OF THE RUSSIAN MUSEUM OF MEDICINE OF THE FSSBI «N.A. SEMASHKO NATIONAL RESEARCH INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH»

M.S. Tutorskaya, N.V. Chizh

A.I. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry

Аннотация: в статье рассматривается коллекция плакатов санитарного просвещения, созданных в телеграфном агентстве (РОСТА) и Главполитпросвете. Плакаты из собрания Российского Музея Медицины отражают эпидемиологическую ситуацию в России и борьбу с эпидемиями в первые годы советской власти. Сохранение, реставрация, изучение и введение в научный оборот информации об этой коллекции – важная часть работы сотрудников музея. 22 июня 2017 года была открыта выставка «Здравоохранение России 1917 г.», на которой были представлены плакаты санитарного просвещения, созданные В.В. Маяковским и М.М. Черемных.

Abstract: The paper is devoted to the collection of sanitary posters created by the Telegraph Agency (ROSTA) and Glavpolitprosvet. Posters from the collection of the Russian Museum of Medicine of the FSSBI «N.A. Semashko National Research Institute of Public Health» reflect the epidemiological situation in Russia and the fight against epidemics in the early years of Soviet era. The preservation, restoration, research and introduction into scientific parlance information about this collection is an important part of the work of museum staff. On June 22, 2017, posters created by V.V. Mayakovsky and M.M. Cheremnykh were presented to the public within the framework of the exhibition «Healthcare in Russia in 1917».

Ключевые слова: санитарный плакат, В.В. Маяковский, Окна РОСТА, М.М. Черемных, медицинский музей.

Keywords: sanitary poster collection, Vladimir Mayakovsky, ROSTA poster, medical museum.

В собрание Российского Музея Медицины входят уникальные санитарные плакаты, созданные в телеграфном агентстве (РОСТА) и Главполитпросвете М.М. Черемных и В.В. Маяковским, в первые годы советской

власти (1919-1929 гг.). Эти плакаты – важная часть агитационной работы и «срочных мер по санитарному просвещению» (Декрет от 28 января 1919 г.), которые принимались для борьбы с эпидемиями сыпного тифа и холеры, оспы и туберкулеза, красочная иллюстрация истории послереволюционной медицины.

В предисловии к каталогу выставки «ОКНА САТИРЫ РОСТА», проводившейся в 1929 году Государственной Третьяковской галерее, П.М. Керженцев¹ писал: «РОСТА» только в Москве выпустила несколько сотен окон сатиры. Вероятно большая часть их не уцелела» (Каталог выставки ГТГ 1929). Об уникальности плакатов тех лет и их важности для истории также писал В.В. Маяковский. В 1923 году в статье «Собирайте историю» он отмечал, что «Плакатный архив РОСТА был свален в комнату, по нему прошли армии три курьеров и курьерш, а клочки съели мыши», он призывал собирать сохранившиеся исторические свидетельства и сдавать их в музеи (Маяковский 1923).

Плакаты санитарного просвещения, входящие в фонды Российского Музея Медицины, были собраны для Института санитарной культуры, организованного в Москве в 1928 году. В коллекцию, дошедшую до наших дней, входят серии эскизов, рисованных платов, трафаретов, иллюстрирующих способы передачи инфекционных и венерических болезней, в первую очередь тифа, холеры и сифилиса, и способы профилактики болезней: принципы организации «нового» быта, правила гигиены, прививание.

Следует отметить, что наряду с санитарными мероприятиями: установлением санитарного надзора за источниками питьевой воды и ее хлорированием, дезинфекцией жилых и служебных помещений и бань и медицинскими осмотрами, – обязательным пунктом в послереволюционных циркулярах, в декретах советской власти было санитарное просвещение. Проведение лекций, создание музеев, агитационных автомобилей, поездов, брошюр и плакатов являлось неотъемлемой частью профилактической медицины. В рамках борьбы с сыпным тифом медико-санитарным отделам губернских, уездных и городских Советов депутатов предписывалось проводить предупредительные мероприятия. В Циркуляре Санитарно-эпидемиологической секции Народного комиссариата здравоохранения РСФСР от 31 декабря 1918 г. говорилось: «В настоящее время наблюдается значительный рост эпидемии сыпного тифа в республике. Сведения об эпидемическом развитии этой болезни поступают из различных мест, как-то: Саратовской губ. и гор. Саратова, Тульской губ. и гор. Тулы, Витебска и др. Большое развитие эпидемия получила в гор. Москве, где за ноябрь месяц отмечено 922 заболевания и за первую неделю декабря – 452. При тяжелом санитарном

¹ Ответственный руководитель российского телеграфного агентства РОСТА (Российское телеграфное агентство).

состоянии и массовом передвижении беженцев, военнопленных и войсковых частей является опасность распространения сыпного тифа и по другим местностям; (Циркуляр от 31 декабря 1918 г.)».



В декрете, опубликованном через месяц после указанного выше, 28 января 1919 года, отмечалось, что «Ввиду угрожающего по своим размерам развития сыпного тифа в некоторых местностях Советской республики» необходимо не только привлечь «к трудовой повинности лиц медицинского персонала», как гражданских, так и военных, но «усилить санитарно-просветительную деятельность» в госпиталях и среди населения. Декрет был подписан председателем Совета Народных Комиссаров В.И. Ульяновым, народным комиссаром здравоохранения Н.А. Семашко, а также управляющим делами Совета Народных Комиссаров В.М. Бонч-Бруевичем.

В фондах Российского музея медицины хранятся серии рисованных плакатов, посвященных эпидемии тифа: «Все на борьбу с тифом», «Борьба с тифозной вошью», «Нет заразе», «Тиф. Голод» и другие. В частности, серия Главполитпросвета из 8 рисунков на тему «Тиф» (№ 469) со стихами В.В. Маяковского.

Эй, гражданин!

Понял ли ты,
что все сильнее
возвратный тиф.

Если будет расти в пропорции такой,
ни в одной больнице не хватит коек.

Во всех больницах заняты кровати,
даже коридоров для больных не хватит.

Заводы и фабрики должны
устраивать приюты для своих больных.



Для профилактики распространения болезней проводились санитарные кампании: «Неделя чистоты», «Неделя водоснабжения», «Неделя очистки», «Неделя оздоровления ребенка». Эти мероприятия были частью агитационно-пропагандистской деятельности, направленной на воздействие на население в первую очередь в военной и политической сферах.

Под впечатлением от одной из таких кампаний – «партийной недели» – и статей В.И. Ленина (Ленин 1919), посвященных ее подготовке и итогам, было создано первое окно сатиры РОСТА В.В. Маяковского. Неделя про-

водилась в Москве с 8 по 15 октября 1919 года. Впрочем, первые плакаты Российского телеграфного агентства (РОСТА) появились еще в сентябре 1919 и были созданы М.М. Черемных, который являлся заведующим художественной частью отдела сначала в РОСТА, а затем и в Главполитпросвете, куда в 1921 году был перенесен выпуск «окоп». В октябре 1919 к нему присоединился В.В. Маяковский, а позднее С.В. Малютин, А.М. Лавинский, С.Д. Левин, Л.Ю. Брик, Д. Моор (Д.С. Орлов), А.М. Нюренберг. Интенсивность работы по созданию плакатов и условия «производства» вполне соответствовали времени: «Вспоминаю – отдыхов не было. Работали в огромной нетопленной, сводящей морозом (впоследствии – выедающая глаза дымом буржуйка) мастерской РОСТА. Придя домой, рисовал опять, а в случае особой срочности клал под голову, ложась спать, полено вместо подушки с тем расчетом, что на полене особенно не заспишься и, поспав ровно столько, сколько необходимо, вскочишь работать снова.



Первые плакаты делались в одном экземпляре, затем, для их тиражирования были привлечены трафаретчики: Шиман, Михайлов, Кушнер, Никитин» (Маяковский 1930).

Сюжетами для плакатов служили в первую очередь военные и политические события: столкновения белой и красной армий, высмеивание, «снижение» белых генералов, борьба с буржуазией и поддержка политики большевиков. «Окна» создавались на злободневные темы – в работе «Собирайте историю» в 1923 году Маяковский писал, что по ним «день за днем можно было в стихах и карикатурах проследить всю историю революции (Маяковский 1923)». Это справедливо и для истории медицины этих лет. Тиф и холера, подобно Деникину и Колчаку, угрожали советской республике на протяжении всех военных лет.

Исследователь творчества Маяковского – В.Н. Дядичев – выделяет следующие два периода его работы в первые годы после революции: I период – 1918-1920 и II период – 1921-1922 – и предлагает выделить по три этапа в каждом из них, для каждого из которых характерен определенный круг тем и персонажей. Так, для второго этапа первого периода (февраль – апрель 1920) характерно увеличение удельного веса тем, посвященных вопросам внутренней политики: продразверстка, вопрос о трудовых армиях, неделям ремонта и санитарной очистки. Для этого этапа характерны такие персонажи, как крестьянин, сдающий продразверстку, рабочий, ударяющий молотом, а также разруха, холера, тиф. (Дядичев 2016: 170-171)

Для второго этапа второго периода (апрель – июнь 1921) наряду с вопросами, связанными с новой экономической политикой, также актуальны такие темы, как борьба с эпидемиями. Плакаты на «медицинские» темы – это часть агитационных кампаний и борьбы за «культурный подъем масс».

Среди экстренных мер для борьбы с холерой, на которую, согласно постановлению Совета Народных Комиссаров от 11 июля 1918 г. было ассигновано 25 млн. рублей, была указана популяризация мер борьбы с холерной эпидемией». Пятый из семи пунктов постановления «экстренного соединенного заседания Народного комиссариата здравоохранения по борьбе с холерной эпидемией» предписывал: а) Издать брошюру проф. Тарасевича и инструкции по противохолерным прививкам и листовки, а также плакаты Дьяконова; б) Издать в срочном порядке плакаты о мерах борьбы с холерой, обратив особое внимание на иллюстрирование их, и приспособить к настоящему политическому моменту; в) Заказать кинематографические ленты по вопросам борьбы с холерой и помещать их среди сеансов; г) Эпидемиологической секции поручается выделить из себя лиц для совместной работы с Московской комиссией по популяризации борьбы с холерной эпидемией.

В коллекцию Российского музея медицины входят 7 рисунков размера 45 x 45, наклеенных на картон, на тему «Пути заражения холерой» (ГПП № 232), созданный в июле 1921 года. Художник плаката – М.М. Черемных, автор стихов – В.В. Маяковский.



Если так не хочешь помереть ты,
товарищ,
не пей сырой воды!
Кишит в воде вибрионов рой,
товарищ,
не пей воды сырой!
Холера идет, не поддавайся ей!
Товарищ,
сырой воды не пей!
Орите,
кричите на все лады:
«Не пей,
не пей,
не пей сырой воды!!!»

В отчете Народного комиссариата здравоохранения РСФСР о проделанной работе за 1917–1922 годы от 17 сентября 1922 года подчеркивается особое внимание, которое Наркомздрав уделял принятию предупредительных по борьбе с эпидемиями сыпного и возвратного тифов, «дающим колоссальные цифры заболеваемости населения», холеры, оспы и других заразных болезней. Дело санитарного просвещения было названо важнейшей отраслью советской медицины, «ее глашатаем», и приведена статистика мероприятий, проведенных Наркомздравом с 1919 по 1922 годы: 12455 лекций, 67 выставок постоянных и 14 передвижных, 45 домов санитарного просвещения, 27 библиотек. Было издано брошюр: 93 названия (1594 000 экз.); листовок 52 названия (9 007 400 экз.); плакатов 23 (730 000 экз.); лозунгов 18 (200 000 экз.); научных книг 13 000 экз.; журналов 28 000 экз.



Зачастую информация о лекциях, выставках и брошюрах, упомянутых в декрете не сохранилась. Многие листовки и плакаты так же были утрачены. В связи с этим, коллекция санитарных плакатов Российского Музея Медицины является уникальным собранием, иллюстрирующим меры борьбы советской власти с эпидемиями, профилактику инфекционных заболеваний и пропаганду здорового образа жизни. Коллекция иллюстрирует эпидемиологическую ситуацию в стране. Проанализировав тематику плакатов можно сделать вывод о проблемах, стоявших перед здравоохранением страны.

Литература

1. Собрание узаконений и распоряжений правительства за 1919 г. Управление делами Совнаркома СССР. М. 1943. С. 26-28.
2. Выставка «Окна Сатиры РОСТА». – М. : Изд. Государственной Третьяковской Галереи, 1929.
3. Маяковский В. В. Собирайте историю. Впервые – «Литературная газета», М., 1953, 18 июля (сокращенный вариант), полностью – журн. «Советская печать», М., 1956, № 4.
4. Собрание узаконений и распоряжений правительства за 1917-1918 гг. Управление делами Совнаркома СССР М. 1942. С. 688-689.
5. Собрание узаконений и распоряжений правительства за 1919 г. Управление делами Совнаркома СССР М. 1943 стр. 26-28.
6. Ленин В. И. Государство рабочих и партийная неделя // «Правда» № 228 и «Известия ВЦИК» № 228, 12 октября 1919 г. // Полн. собр. соч. Т. 39. С. 225. – С. 225.
7. Прошу слова... Предисловие к сборнику стихов и плакатов «Грозный смех». Впервые (с сокращениями) – журн. «Огонек», М., 1930, № 1. Полностью – «Грозный смех», М.-Л., 1932, Гослитиздат.
8. Дядичев В. Н. Исторический контекст «Окон РОСТА»: от факта к образу // Пятнами красок, звоном лозунгов. Книжно-плакатное творчество Маяковского. М. 2016. Нестор-История.
9. Пашков К.А., Слышкин Г.Г., Чиж Н.В. Проблема морального выбора в коммуникативном пространстве медицинского музея // Роль медицинских вузов в подготовке медицинских кадров: исторические аспекты. Иркутск: Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии Сибирского отделения РАМН, 2016. С. 524-527.
10. Бергер Е.Е. «Нехорошо, что монстры живут среди нас» (Амбруаз Паре о причинах врожденных аномалий) // Средние века. № 65. 2004. С. 147-165.
11. Пашков К.А., Саблина Н.А. Практикум по истории Отечества и истории медицины. – М.: МГМСУ, 2008.

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Паишов К.А. (Москва, Россия). К читателям</i>	3
1. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ. МЕТОДОЛОГИЯ ИСТОРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ	4
<i>Бородулин В.И. (Москва, Россия) – Как мы исследуем историю медицины, или о методических требованиях к историку</i>	4
<i>Бокерия Л.А., Волков С.С., Глянцев С.П. (Москва, Россия) – Историко-медицинский научно-практический и образовательный проект: студенческие симпозиумы «Операции в кардиохирургии: уроки истории» (четырёхлетний опыт)</i>	15
<i>Андрух М.А. (Венгрия), Васильев К.К. (Одесса, Украина) – Историки медицины Закарпатья и их труды</i>	20
2. ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ ДРЕВНЕГО МИРА И СРЕДНИХ ВЕКОВ	28
<i>Балалыкин Д.А., Шок Н.П. (Москва, Россия) – Натурфилософия стоиков и ее влияние на медицину врачей-эмпириков</i>	28
<i>Сорокина Т.С. (Москва, Россия) – История гипоксии: первые письменные свидетельства и исследования</i>	44
<i>Бергер Е.Е. (Москва, Россия) – Об авторстве «Салернского кодекса здоровья»</i>	54
<i>Белова Л.И. (Волгоград, Россия) – Загадочный бог Залмоксис и медицина древних гетов</i>	60
3. ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ НОВОГО ВРЕМЕНИ	65
<i>Бородулин В.И., Паишов К.А., Тополянский А.В., Шадрин П.В. (Москва, Россия) – Профессор Александр Иванович Овер (1804–1864) и основание факультетской терапевтической клиники Московского университета</i>	65
<i>Бунин А.О. (Иваново, Россия) – Становление фабрично-заводской медицины в Иваново-Вознесенске во второй половине XIX – начале XX века</i>	76
<i>Веселова Д.В., Редько А.Н. (Краснодар, Россия) – Историкографические аспекты развития медицины и здравоохранения на Кубани</i>	79

<i>Веселова Д.В., Редько А.Н. (Краснодар, Россия) – Медицинская помощь военнослужащим и гражданскому населению в годы Первой мировой войны на Кубани</i>	84
<i>Гайдаров Г.М., Алексеевская Т.И. – (Иркутск, Россия) – К 155-летию научно-медицинских обществ врачей Восточной Сибири</i>	89
<i>Гарунов А.Н. (Тула, Россия) – Организация медицинской помощи в Кизлярском гарнизоне в XVIII в.</i>	92
<i>Дуйко В.В. (Астрахань, Россия) – История организации борьбы с лепрой в России</i>	102
<i>Егорышева И.В. (Москва, Россия) – Ф.Ф. Эрисман и московская земская медицина</i>	108
<i>Ерофеев Я.А., Брынза Н.С., Сульдин А.М. (Тюмень, Россия) – Реорганизация управления медицинской сферы в Тобольской губернии после реформы 1895 г.</i>	114
<i>Ерофеев Я.А., Брынза Н.С., Сульдин А.М. (Тюмень, Россия) – О роли губернаторов в деле организации медицинской помощи населению Тобольской губернии в XIX– начале XX в.</i>	117
<i>Зарубинская Л.Г. (Ростов-на-Дону, Россия) – Благотворительная деятельность на Дону в XIX – начале XX вв.</i>	120
<i>Камалова О.Н., Склярова Е.К. (Ростов-на-Дону, Россия) – О создании министерства здравоохранения в Великобритании</i>	126
<i>Кику П.Ф., Косолапов А.Б., (Владивосток, Россия), Ананьев В.Ю. (Москва, Россия) – Некоторые аспекты истории санитарного дела в Приморском крае</i>	130
<i>Киценко О.С. (Волгоград, Россия) – Земская медико-социальная помощь детям-сиротам в Саратовской губернии в конце XIX – начале XX вв.</i>	136
<i>Киценко Р.Н. (Волгоград, Россия) – Медицинская периодика рубежа XIX–XX веков о врачевании в Московском государстве</i>	141
<i>Кобзарь В.П., Целуйко С.С. (Благовещенск-на-Амуре, Россия) – Доктор Чехов в Благовещенске</i>	147
<i>Лукьянова Т.В. (Саранск, Россия) – Роль съездов земских врачей в становлении санитарной организации в Пензенской губернии</i>	155
<i>Махкамова З.Р., Голубова Т.Н., Перескокова А.А., Соболев А.А. (Симферополь, Россия) – Реклама крымских курортов: исторический аспект</i>	160

<i>Мицюк Н.А. (Смоленск, Россия) – Медико-социальная помощь роженицам в российской провинции в XVIII – нач. XX в.</i>	163
<i>Пареньков Д.А. (Москва, Россия) – Лобби Американской стоматологической ассоциации за создание зубоврачебной службы сухопутных войск США в 1898–1901 гг.</i>	168
<i>Погодаева Г.И. (Чита, Россия) – Медики Забайкалья в годы Первой мировой войны (1914–1918 гг.)</i>	170
<i>Савельев В.Н., Малых Н.В., Шубин Л.Л. (Ижевск, Россия) – Здравоохранение на территории Удмуртии в XVII–XVIII вв.)</i>	178
<i>Склярова Е.К., Камалова О.Н. (Ростов-на-Дону, Россия) – Основатели системы общественного здравоохранения Великобритании: Дж. Симон или Э. Чедвик?</i>	185
<i>Терешкина О.В. (Тула, Россия) – Истоки медицинской этики</i>	191
<i>Шерстнева Е.В. (Москва, Россия) – Фальсификация продуктов питания в России: попытки законодательного решения проблемы (конец XIX – начало XX века)</i>	195
<i>Шувалов А.В., Бузик О.Ж. (Москва, Россия) – Очерк истории азартных игр</i>	203
4. ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ НОВЕЙШЕГО ВРЕМЕНИ	212
<i>Бородулин В.И. (Москва, Россия) – Из истории клинической медицины в СССР: организационное оформление советской терапевтической элиты (1944–1947)</i>	212
<i>Сточик А.А., Глянецев С.П. (Москва, Россия) – Хирурги – члены Академии медицинских наук СССР (1944–1991) – Российской академии медицинских наук (1991–2004)</i>	218
<i>Агасаров Л.Г., Соколова Т.Е. (Москва, Россия) – Из истории рефлексотерапии как предмета</i>	232
<i>Альбицкий В.Ю., Шер С.А. (Москва, Россия) – Исторические истоки советской системы охраны материнства и младенчества</i>	236
<i>Бельских А.Н., Гладких П.Ф. (Санкт-Петербург, Россия) – Борьба за медицинские кадры в начале строительства Красной армии</i>	242
<i>Борисенко К.А., Белолопоткова А.В., Степанова Ю.В. (Москва, Россия) – К 95-летию Московского государственного медико-стоматологического университета</i>	248

<i>Бякина В.П., Давыдова Т.В. (Санкт-Петербург, Россия) – Медицинская наука Ленинграда в годы Великой Отечественной войны</i>	253
<i>Гончар В.В. (Хабаровск, Россия) – Организационные практики советских стоматологических служб: государственные подходы и реальная деятельность (1960–1980 гг.)</i>	263
<i>Ерегина Н.Т. (Ярославль, Россия) – История медицины в фокусе борьбы за приоритеты в науке</i>	269
<i>Еремущкин М.А. (Москва, Россия) – Непропорциональная карликовость: исторические и социальные аспекты ортопедической проблемы</i>	274
<i>Киньябулатов А.У., Хазиманова А.А. (Уфа, Россия) – Башкирские НИИ как базовая основа для создания Башкирского государственного медицинского института</i>	280
<i>Кистенева О.А., Кистенев В.В. (Белгород, Россия) – Реализация государственной политики социального страхования рабочих центрального Черноземья в 1921–1928 гг.</i>	283
<i>Котельников И.Н. (Милан, Италия), Караськов А.М. (Новосибирск, Россия) – Евгений Мешалкин – пионер кардиохирургии. Первая успешная клиническая операция кавапульмонального анастомоза</i>	286
<i>Кусков С.А. (Челябинск, Россия) – «Законопроект вызвал сильные возражения»: политический аспект запрета аборт в СССР</i>	291
<i>Меденков А.А. (Москва, Россия) – Становление отечественной авиационной медицины</i>	299
<i>Нечаев О.И., Палатова Л.Ф. (Пермь, Россия) – Исторический очерк хирургического лечения язвенной болезни в Прикамье</i>	311
<i>Павлов В.В., Кузьмин В.Ю., Кузьмин Ю.С., Сулин С.А. (Самара, Россия) – Здравоохранение Куйбышевской области после окончания Великой Отечественной войны (1946–1953 гг.)</i>	317
<i>Плавунов Н.Ф., Кадышев В.А., Колдин А.В., Верхотурова Л.Ф., Роженецкий А.Н. (Москва, Россия) – Московская станция скорой медицинской помощи: от истоков к современности</i>	321
<i>Рылкова Л.В., Семенова Е.В., Баранец Н.А. (Омск, Россия) – История службы крови Омской области</i>	330
<i>Серебряный Р.С. (Москва, Россия), Кузьмин В.Ю., Яремчук О.В. (Самара, Россия) – Развитие детского здравоохранения в Средне-Волжском крае в 30-е годы прошлого столетия</i>	336

<i>Серебряный Р.С. (Москва, Россия), Яремчук О.В. (Самара, Россия) – Состояние детского здравоохранения в Куйбышевской области в годы Великой Отечественной войны</i>	345
5. НАУЧНЫЕ ШКОЛЫ В МЕДИЦИНЕ	352
<i>Глянцев С.П., Андреева А.В., Самбуров Г.О. (Москва, Архангельск, Россия) – Северная научная медицинская школа: страницы истории (к 85-летию АМИ – АГМИ – АГМА – СГМУ)</i>	352
<i>Вершинин А.С., Бонева О.А. (Санкт-Петербург, Россия) – Научная школа профессора С.П. Боткина</i>	365
<i>Винницкая Е.В. (Москва, Россия) – Гастроэнтерологическая школа академика А.С. Логинова</i>	373
<i>Дворников М.В., Меденков А.А., Нестерович Т.Б. (Москва, Россия) – Научная школа психофизиологического анализа Г.М. Зараковского</i>	379
<i>Ивойлов А.Ю., Крюков А.И., Кунельская Н.Л. (Москва, Россия) – Московская школа детских оториноларингологов: прошлое и настоящее</i> ..	391
<i>Каган И.И., Чemezov С.В. (Оренбург, Россия) – К истории формирования оренбургской научной школы клинической анатомии и экспериментальной хирургии</i>	401
<i>Каспрук Л.И., Тарасенко В.С. (Оренбург, Россия) – Об истории становления научно-педагогической хирургической школы в Оренбуржье</i>	410
<i>Мамонова Н.С., Иванникова А.С., Почивалов А.В., Мошурова Л.В. (Воронеж, Россия) – Становление воронежской педиатрической пульмонологической научной школы</i>	415
6. ВОЗВРАЩЕННЫЕ ИМЕНА	419
<i>Бородулин В.И. (Москва, Россия), Васильев К.К. (Одесса, Украина), Поддубный М.В., Тополянский А.В. (Москва, Россия) – К научной биографии В.П. Образцова (1851–1920)</i>	419
<i>Баринев Е.Х., Манин А.И., Ромодановский П.О. (Москва, Россия) – Г.И. Вильга у истоков изучения неблагоприятных исходов и профессиональных ошибок в стоматологии</i>	431
<i>Батоев С.Д. (Москва, Россия) – И.И. Алексеев (1874–1963 гг.) – первый хирург железнодорожной больницы Верхнеудинска</i>	434

<i>Батоев С.Д. (Москва, Россия) – И.Ф. Ресслейн – «забайкальский Гааз» в XVIII веке</i>	439
<i>Гурьянова М.Н., Гурьянов П.С. (Пермь, Россия) – Провизоры Пермской губернии</i>	442
<i>Гуцина Н.В., Илюхин А.А. (Калуга, Россия) – «Реабилитировать посмертно» (репрессированные работники здравоохранения Калужского края)</i>	449
<i>Емельянова Н.А. (Москва, Россия) – Офтальмолог А.И. Масленников: известный и неизвестный</i>	458
<i>Жеребятьева С.Р., Соколова Е.А. (Рязань, Россия) – А.В. Мартынов – «знаменосец науки и хирургического искусства»</i>	461
<i>Илюхин А.А. (Калуга, Россия) – Врач Ю.А. Вусович и его наследие по истории медицины</i>	471
<i>Карташев А.В., Карташев И.В. (Ставрополь, Россия) – Жизненный путь и трудовая деятельность Р.Р. Гельтцера (1890–1968)</i>	475
<i>Козеевская Н.А. (Рязань, Россия) – Из истории Рязанского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова: медицинские династии</i>	486
<i>Кокорина М.В., Костюк Г.П., Шмилович А.Л., Басова А.Я. (Москва, Россия) – Реформатор психиатрической помощи в Москве – В.Р. Буцке</i>	490
<i>Комиссарова Е.В. (Волгоград, Россия) – Сталинградский офтальмолог Б.М. Болтынский</i>	501
<i>Крюков А.И., Товмасын А.С. (Москва, Россия) – К 150-летию юбилею профессора Л.И. Свержевского</i>	510
<i>Лядова В.В. (Пермь, Россия) – Заслуженный врач РСФСР В.К. Модестов (1895–1969)</i>	514
<i>Левина Т. А. (Астрахань, Россия) – К 150-летию со дня рождения Героя Труда Ф.Г. Фарманова</i>	519
<i>Нигматуллин Р.Т., Соколова О.С. (Уфа, Россия) – Ученый, опередивший время</i>	525
<i>Николаевна Величковская Л.Н. (Чебоксары, Россия) – Без наставника не стать настоящим ученым</i>	531
<i>Павлова Е.С. (Якутия, Россия) – Жизнь большого хирурга Якутии. К 110-летию со дня рождения Г.М. Кокшарского</i>	536

<i>Паренькова О.Р., Лобанов А.Ю., Тимофеева Н.И. (Москва, Россия) – П.А. Герцен – выдающийся советский хирург (к 70-летию со дня смерти).....</i>	542
<i>Попова Н.М., Савельев В.Н., Шубин Л.Л. (Ижевск, Россия) – О первом враче и государственном деятеле Удмуртии Т.К. Борисове</i>	547
<i>Ронжин С.Г. (Томск, Россия) – Фармаколог К.С.Шадурский.....</i>	553
<i>Сухарева И.А. (Симферополь, Россия) – О.И. Сухарев – выдающийся врач и общественный деятель Крыма.....</i>	556
<i>Тюков Ю.А., Тарасова И.С., Ванин Е.Ю. (Челябинск, Россия) – Общественная и профессиональная деятельность доктора А.Ф. Бейвелля на рубеже веков</i>	558
7. МЕДИЦИНСКИЙ МУЗЕЙ	567
<i>Будко А.А., Бринюк Н.Ю. (Санкт-Петербург, Россия) – Рожденный в пламени войны (к 75-летию юбилею Военно-медицинского музея)</i>	567
<i>Бурдиян Н.А., Погодаева Г.И. (Чита, Россия) – «О прошлом – для будущего» (Музей истории здравоохранения Забайкальского края)....</i>	578
<i>Выходцев А.В., Трещеткина Л.А., Мордкович Т.П. (Омск, Россия) – О музее бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Клиническая офтальмологическая больница имени В.П. Выходцева»</i>	586
<i>Гамова Л.Г., Разинкова Н.А., Емельянова Е.Ю. (Елец, Россия) – Традиции хранить и умножать.....</i>	590
<i>Голубева Н.Г. (Елец, Россия) – Навечно в памяти.....</i>	593
<i>Гурьянова М.Н., Ворожцова Е.С. (Пермь, Россия) – Интерактивные формы работы с посетителями музея фармации.....</i>	595
<i>Жолобов В.Е., Винтухова Л.В., Голубева Т.М., Дубовик А.В. (Санкт-Петербург, Россия) – Музей гигиены – продолжатель идей просветительства и заботы о здоровье «народа российского»</i>	600
<i>Каган И.И., Асабина Т.В., Филатова С.С. (Оренбург, Россия) – Музей истории ОрГМУ как центр воспитания студентов на материалах истории и традициях медицинского вуза</i>	608
<i>Комиссарова Е.В. (Волгоград, Россия) – Деятельность университетского музея по восстановлению имен репрессированных врачей</i>	614

<i>Покатилов А.Б., Лепкова Е.А., Погасий Л.И. (Волгоград, Россия) – Из опыта межмузейной коммуникации музея-заповедника «Сталинградская битва» и Музея истории здравоохранения Волгоградской области.....</i>	618
<i>Светлакова Р.Ф. (Пермь, Россия) – Музей в краевой медицинской библиотеке: пятилетний опыт работы.....</i>	622
8. ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ В ИСКУССТВЕ.....	627
<i>Логонова С.В., Курячев Д.А., Глянцев С.П. (Нижний Новгород, Москва, Россия) – Анатомия в голландской живописи XVII века</i>	627
<i>Чернышева И.В. (Волгоград, Россия) – Медицинская тематика в картинах «малых голландцев»</i>	642
<i>Туторская М.С., Чиж Н.В. (Москва, Россия). Санитарные плакаты М.М. Черемных и В. В. Маяковского в коллекции Российского Музея Медицины национального НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко</i>	648

Российское общество историков медицины

OPERA MEDICA HISTORICA

ТРУДЫ ПО ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

Альманах
Выпуск 2

Научное издание

Редакционная коллегия:

*М.В. Поддубный (ответственный редактор),
С.П. Глянецев, Д.А. Балалыкин, В.И. Бородулин, К.А. Пашков,
Т.С. Сорокина, Н.В. Чиж*

Подготовлено и отпечатано в ООО «Печатный дом «Магистраль»
121087, Москва, Багратионовский проезд, д. 5, стр. 19

Подписано в печать 30.10.2017.

Формат 162×230 мм. Печать офсетная. Бумага офсетная.

Тираж 1000 экз. Заказ ДБ-142

