Н.И. Гусаков

ИСТОРИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ



Светлой памяти
проф. Николая Александровича Торсуева
посвящается.
Автор

АВВАЛЛОН
ИЗДАТЕЛЬСТВО

Н.И. Гусаков

ИСТОРИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ

Музей истории медицины
МГМСУ им. А.И. Евдокимова
Инв. № 1475

АВВАЛЛОН · МОСКВА · 2007

ББК 55.8
И 90

Гусаков Н.И.
П 32 История отечественной дермантологии. — М.: Авваллон, 2007. — 464с.

Издание второе.
Переработано и дополнено автором.

ISBN 978-5-94989-111-7

Книга посвящена развитию учения о кожных и венерических болезнях в России с древнейших времен до настоящего времени. Это первая монография в отечественной литературе, посвященная данной проблеме.

В работе описаны методы борьбы с заразными кожными и венерическими заболеваниями в России в государственном масштабе, освещены основные научные школы отечественной дерматовенерологии XX века и их современные проблемы.

Книга будет полезна студентам старших курсов, врачам дерматовенерологам, преподавателям кафедр кожных и венерических болезней, научным сотрудникам профильных институтов, а также другим специалистам.

Все права на данное издание защищены и принадлежат Н.И. Гусакову.

Воспроизведение и распространение в каком бы то ни было виде части или целого издания не могут быть осуществлены без разрешения правообладателя.

ISBN 978-5-94989-111-7

© Н.И. Гусаков, текст, 2007
© Издательство «Авваллон», 2007

Введение

Понятие о дерматовенерологии как учении о кожных и венерических болезнях стало впервые встречаться в медико-биологической литературе второй половины XVIII века. История дерматовенерологии как клинической дисциплины начинается с IX века — периода развития естествознания и техники, физиологического эксперимента, патоморфологических методик и выделения отдельных нозологических форм болезней.

Знаменитые врачи России первой половины XIX века — Г.А. Захарьин, С.П. Боткин, М.Я. Мудров, Н.И. Пирогов — своими исследованиями обосновали и способствовали выделению особого класса болезней — болезней кожи и венерических болезней, которые ранее относились к внутренним и хирургическим болезням. Толчком к анатомо-физиологическому изучению кожных болезней послужили экспериментальные исследования С.П. Боткина, И.П. Павлова и др.

История зарубежной дерматовенерологии описана в монографии T. Crissey, C. Parish «The Dermatology and Syphilology of the Nineteenth Century» (1981), в которой показано развитие зарубежной дерматологии и венерологии в странах Западной Европы, Америки и др. Достоинством книги являются фактографические сведения, хорошие иллюстрации. Претендуя на обобщение истории дерматовенерологии от её истоков до наших дней, авторы книги игнорировали роль выдающихся учёных дерматовенерологов России в развитии этой науки. W.A. Pusey (1933), P.E. Bechet (1942, 1949, 1951) описали историю американской дерматовенерологии. Y. Darier (1936) указал на достижения французской дерматовенерологии, P. Richter (1928) — дерматовенерологии в Германии. J. Burg (1982) в своей монографии «Dermatologie» собрал данные о развитии дерматовенерологии практически во всех странах мира, кроме России; и только Stefania Jablonska упомянула о петербургской, московской и киевской научных школах дерматовенерологов России. В капитальном труде «Dermatology in France» Daniel Wallach and Gerard Tillea (2002) представлена только история дерматовенерологии Франции.

Отсутствие в русской медицинской литературе обобщающих исследований по дерматовенерологии стало причиной моего долголетнего

изучения истории этой науки, результатом которого явилось создание этой книги. Много времени ушло на проверку и сопоставление фактов, сообщаемых в руководствах, монографиях, диссертациях и многочисленных статьях.

В отечественной медицинской литературе имеются отдельные работы (С.Т. Павлов, О.Н. Подвысоцкая, Н.А. Торсуев, С.П. Архангельский, П.В. Кожевников и др.), в которых содержатся сведения по истории дерматовенерологии. Анализ этих работ показал, что развитие познаний в области дерматологии и венерологии в России до настоящего времени в целом оставался малоизученным.

Целью данной работы является создание целостной картины развития дерматологии и венерологии в России с древнейших времён.

Источниками работы послужили историко-медицинские исследования отечественных и зарубежных авторов, труды в области истории медицины в России, историко-литературные и натурфилософские произведения средневековых философов, историков, древние каноны и учебники, медицинские труды прошлых столетий, архивные материалы и т.д.

Исторический метод, как известно, является ведущим в истории медицины и в исследованиях историко-медицинского характера. Из всех видов исторического метода (историографическое изучение литературы, историко-архивная разработка, палеонтолого-археологические исследования) наиболее широкое применение в различных научных исследованиях в медицине и здравоохранении имеет историографическое изучение литературы, освещающей изучаемый вопрос или проблему и являющейся методическим путём к решению современных научных проблем теоретической и клинической медицины.

Таким образом, выявлены основные этапы, самобытность развития этой области медицинских знаний при постоянной связи с прогрессивной мировой наукой. Показано значение становления и развития медицинских связей как важного фактора научных достижений русских врачей в дерматологии и венерологии. Сообщается о деятельности и вкладе русских учёных в развитие отечественной дерматовенерологии, обнаружены и проанализированы их оригинальные работы, изучены созданные ими научные школы отечественной дерматовенерологии, дана их историко-медицинская характеристика.

Настоящая работа в известной мере восполнит пробел в освещении истории медицины в России и отечественной дерматологии и венерологии с древнейших времён по настоящее время. Книга написана лапинарно и несколько схематично, поскольку задумана как краткое пособие по истории отечественной дерматовенерологии. Однако дополнительные исследования позволят выявить новые материалы о самобытности отечественной медицинской культуры прошлых веков.

Буду считать свою задачу выполненной, если эта книга пробудит у читателя интерес к глубокому изучению истории отечественной дерматовенерологии, и заранее признателен за критические замечания и отзывы, а также за сообщение интересных сведений и уточнений по истории этой науки.

Глава 1
КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ В ДРЕВНОСТИ

Накопление знаний в этой области началось в далёкой древности. В своём развитии дерматология и венерология испытывали прогрессивные влияния античной, греческой и средневековой медицины, стран Востока, затем русской медицинской науки, сохраняя при этом самобытность и самостоятельность, что прослеживается на всех этапах её развития и получило отражение в медицинской литературе, а также в работах немедицинского характера.

Зачатки элементарной гигиены существовали у первобытных людей, которые тогда уже использовали целебные свойства воды и солнечного света. В древнейшем памятнике медицины — папирусе Эберса («Книга приготовления лекарств для всех частей тела»), написанного за 1550 лет до н.э. и обнаруженном в одной из древнейших гробниц в 1872 г. — приведено около 800 рецептов и методических рекомендаций, среди которых имеются рецепты мазей, паст, ароматических масел. Многие из этих рецептов сохранились до нашего времени. В папирусе имеются также указания на то, что древнеегипетские жрецы лечили людей ваннами различной температуры.

На первых этапах развития нашей науки в Египте происходило накопление клинических наблюдений, позволяющих говорить не только о дерматологических симптомах, но и об отдельных нозологических единицах. Климатические, социально-экономические и исторические условия на берегах Нила способствовали большому распространению болезней кожи и создали предпосылки для развития специализации, что в свою очередь позволило довести лечение болезней кожи до относительно высокой степени совершенства. Египет считается также и родиной косметики. Из косметических заболеваний в папирусе Эберса упоминаются загар, веснушки, угри, различные высыпания на коже. Слава египетских дерматологов была распространена по всему тогдашнему миру ещё в начале новой эры. Многие учёные указывают, что во времена Августа и ещё раньше того из Египта в Рим приезжали врачи, главным образом, для лечения кожных болезней.

Сведения о кожных болезнях содержатся также в папирусах Эрвина Смитта, Бругша, Хёрста и других, в которых кратко описаны чесотка,

аллопеция, себорея и другие болезни кожи. В папирусах указывается также на использование египетскими дерматологами жира бегемота, панцирей черепах наряду с такими обычными веществами как морская соль, мёд, мирд и другими, которые используются и по сей день. Необходимо отметить в этом заслугу известного египетского врача Имготепа. Он считается автором одного из выдающихся древнеегипетских папирусов — папируса Эрвина Смитта.

Совершенно независимо от Египта медицина древних индусов накопила свой значительный опыт, описав не только большое количество кожных симптомов и групповых понятий, но и выделив из их числа не менее 25 дерматозов в полном значении этого слова.

В историческом памятнике древней Индии «Аюр-Веды» («Знание жизни», IX–III века до н.э.) под редакцией врача Сушруты представлено четыре главных лечебных направления:

1 — назначение лекарств внутрь,
2 — наружное применение медицинских препаратов,
3 — хирургическое лечение,
4 — лечение психоматическими методами.

Для наружного лечения применялись пасты, лечебные масла для массажа, лечебные ванны, полоскания и порошки. Подробно описана эффективность лечебных масел, применяемых при болезнях кожи, суставов и нервно-мышечных расстройствах. Лечебные масла до настоящего времени широко используются в народной практике.

При ожогах рекомендуются специальные аппликации. На поверхность небольших ожогов накладываются мази, приготовленные из сока папайи и способствующие отторжению некротических масс. При появлении грануляционной ткани применялись лечебные кремы из цветов. При распространённых и глубоких ожогах лечение дополнялось пересадкой кожи.

Для профилактики кожных болезней Сушрута приводит целый ряд гигиенических предписаний: диета, ежедневное мытьё тела, смазывание маслом головы и подошв. Одежда должна быть чистой, ибо грязная одежда служит источником возникновения кожных болезней. Ногти, борода и волосы должны подстригаться и содержаться в чистоте.

Сушрута писал также: «Хирургия занимает самое первое и самое важное место в лечебном искусстве, она содержит в себе чистоту и никогда не умрёт. Она — продукт небес и источник славы на Земле». Именно с тех времён вошёл в арсенал пластической хирургии знаменитый «индийский способ» реконструкции носа из кожи лба на питательной ножке. Сушрута описал 121 хирургический инструмент, методы их стерилизации.

В дальнейшем искусство лечения кожных болезней и приготовления косметических препаратов в Египте приняли в Греции. Собраны богатые археологические материалы, позволяющие сделать соответствую-

щие выводы относительно гигиены и косметики у древних греков. Уже тогда существовали салоны красоты.

Гиппократ и его школа создали оригинальное учение о кожных болезнях, оказавшее влияние на всё последующее развитие нашей науки. Изменения со стороны кожи и её придатков Гиппократ считал сопутствующими явлениями при «дискразиях», т.е. нарушениях соотношений основных соков организма. Некоторые наблюдения Гиппократа о связи заболеваний кожи при заболеваниях внутренних органов не потеряли своего значения до настоящего времени. В частности, Гиппократ наблюдал изменения ногтей и конечных фаланг при некоторых заболеваниях сердца и лёгких. Расширение и выгибание ногтей в виде купола или часового стекла на пальцах, напоминающих барабанные палочки при заболеваниях органов грудной полости, осложнённых затруднениями кровообращения.

Отмечена возможность появления афт у детей на слизистой оболочке полости рта при диспептических расстройствах.

Одним из важнейших кожных симптомов, имеющих прогностическое значение, Гиппократ считал кожный зуд. В труде «Эпидемии» он писал: «В Афинах один человек страдал кожным зудом всего тела и в особенности мошонки и лба, кожа всего тела была толста... Он отправился на остров Мелос на горячие ванны и вылечился от зуда и утолщения».

Болезни Гиппократ делил на два основных типа: свойственные всем людям в равной мере, вызываемые вдыханием вредных «миазов» из атмосферы, — «эпидемии» и вызываемые особыми условиями жизни, питания, сна, труда и т.д. В его произведении «О воздухах, водах и местностях» речь идёт о влиянии на здоровье внешних факторов среды. Гиппократ придавал большое значение окружающей среде, климатическим условиям и временам года в развитии многих заболеваний человеческого организма, в том числе и заболеваниям кожи: «Так, весной бывают... лепра, накожные сыпи, множество язвенных прыщей, шишки и боли в суставах» (Афоризмы, III, 21).

Историческая роль Древней Греции в изучении кожных и венерических болезней отразилась, в частности, в широком использовании греческих терминов в современной дерматовенерологии. Сам термин «дерматология» — древнегреческого происхождения. Некоторые гиппократовские термины сохранились до настоящего времени и стали названиями некоторых болезней: lepra,erysi pelas,paronychia,authrax и др. От Гиппократа ведут своё происхождение такие дерматологические термины как: alopecia, aphtae, derma, exauthema, ecthyma, erythema, ephelis, eschara, herpes, coudyloma, pemphigus, petechia, pityriasis, phagedena, phlyctaena, phuma и др.

В своём сочинении «Эпидемии» (V, 9) Гиппократ приводит запись истории болезни с заболеванием кожи, которое в дальнейшем дерма-

тологами различных стран рассматривалось как склеродермия, лепра, лишай и т.д. В целях систематизации представлений Гиппократа о заболеваниях кожи французский дерматолог A.Ch. Lorry в 1777 г. в своей работе «Tractatus de morbis cutaneis» впервые сделал попытку разделить дерматозы на несколько групп. Все упомянутые заболевания кожи Гиппократом A.Ch. Lorry разделил на три группы. В первую группу — leichen — были включены заболевания кожи, протекающие наиболее легко, во вторую группу были включены более тяжёлые, но не угрожающие жизни заболевания кожи и носившие название lepra. В третью группу — psora — относились не опасные для жизни заболевания кожи, но сопровождающиеся выраженным зудом.

Это была первая примитивная классификация заболеваний кожи, сделанная одним из крупных представителей французской дерматологической школы, которая вызвала много противоречий.

В 1859 г. Береншпрунг составил вторую, более удачную классификацию заболеваний кожи, основанную на описаниях Гиппократа, и разделил их также на три группы: 1 — phymata; 2 — lopoi; 3 — exanthemata helkodes.

К первой группе отнесены заболевания кожи, обладающие склонностью к нагноению как поверхностному, так и глубокому. Во вторую группу отнесены заболевания кожи, сопровождающиеся шелушением (leichen). В третью группу включены дерматозы, проявляющиеся мокнутием, даже случайным, т.е. заболевания пустулёзного характера (phliktainai). Однако такое деление заболеваний кожи является условным потому, что неизвестно, какие именно заболевания кожи имелись в виду Гиппократом под тем или иным названием. А сравнить или проверить это невозможно, так как они не встречаются больше ни у одного из врачей древности.

Из отдельных нозологических заболеваний Гиппократ очень подробно описал разновидность рожистого воспаления кожи, витилиго, чешуйчатый лишай, выпадение волос и их поседение. Много внимания Гиппократ уделял описанию гнойничковых заболеваний кожи, ранам и язвам, герпетическим заболеваниям кожи, которым он придавал особенно широкое распространение. В название «psora» Гиппократ включал чесотку, почесуху, псориаз и другие дерматозы.

В отношении лечения больных с различными заболеваниями, не только кожными, Гиппократ придерживался принципа: лечение больного человека, а не только его болезни. Выбор лечебного средства и метода лечения он начинал с того, что «...противоположное есть лекарство для противоположного, ибо медицина есть прибавление и отнятие: отнятие от того, что излишне, прибавление же недостающего» («О ветрах», 1) «Прибавление» осуществлялось как лекарственными средствами, так и диетой, а «отнятие» — кровопусканием, рвотными, слабительными, потогонными, мочегонными и т.д.

Универсальным очистительным средством при всех болезнях являлся потогонный способ. Для этого рекомендовалось применять тёплые напитки, горячие обливания и втирание жира, чтобы «удалить жар вместе с потом» («О местах в человеке», 27). Важным лечебным средством Гиппократ считал воду, которая, по его мнению, представляет собой холодное и влажное «начало всех начал». Холодная вода применялась при заболеваниях кожи, которые сопровождались покраснением, мокнутием, трещинами. При заболеваниях кожи, имеющих хроническое течение, например, ранах и язвах, Гиппократ рекомендовал тепло: «Горячей водой производят обливание и паровые ванны либо для всего тела, либо для какой-нибудь части.» («Об употреблении жидкостей», 1). Кроме обычной пресной воды для лечения различных заболеваний, в том числе и болезней кожи, широко применялась морская вода. Она применялась в виде ванн, примочек и повязок, особенно при заболеваниях кожи, «соединённых с зудом и раздражением». Противопоказанием к местному применению морской воды являлись ожоги, ссадины и «другие подобные поражения кожи, связанные с потерей эпидермиса». Для лечения болезней кожи применялись также уксус, известковая вода. Лучшим средством для больной и здоровой кожи считалось миндальное масло, которое в настоящее время получило широкое применение в косметологии. Применялись также ароматические масла, дегтярные мази. Сложный состав различных мазей Гиппократ применял для лечения ран и язв.



Рис. 1. **Гиппократ (460–377 гг. до н.э.)**

Таким образом, работы Гиппократа оказали большое влияние на развитие учения о кожных болезнях в Древней Греции (Элладе). Несмотря на свойственные тому уровню древней медицины заблуждения, Гиппократ и его школа заложили основы изучения кожных болезней, оказавшие положительное влияние на развитие дерматологии на протяжении многих веков. Однако разрозненные и отрывочные сведения, имеющиеся в трудах Гиппократа, являются недостаточными, чтобы утверждать о существовании дерматологии в Древней Греции как самостоятельной медицинской науки.

Попытка Гиппократа создать классификацию кожных болезней с учё-

том этиологии и патогенеза высыпаний оказались ближе к научной дерматологии, чем многочисленные последующие классификации вплоть до конца XIX столетия. Это, безусловно, имело большое значение и послужило фундаментом, на котором последующие деятели древности, средневековья и нового времени создали современную дерматологию как науку, из которой в дальнейшем выделилась венерология (В.М. Гриневич, 1949).

Если в Сборнике Гиппократа мы находим упоминание о 33 кожных заболеваниях, симптомах или групповых понятиях, то у Авла Корнелия Цельса (30–25 гг. до н.э. – 40–45 гг. н.э.) в дополнение к этому имеется описание ещё 23 дерматозов. При этом кожные заболевания получили хорошее морфологическое описание. Его 3–6 части сочинения «О медицине» содержат подробное описание кожных и венерических болезней и их лечения и являются ценным вкладом в развитие дерматовенерологии. Цельс впервые заменил греческую терминологию кожных болезней, предложенную Гиппократом, на латинскую. Многие из этих терминов сохранились в дерматологии по настоящее время, например, «kerio Celsi» («медовые соты») — инфильтративно-нагноительная трихофития волосистой части головы, «alopecia areata Celsi» («гнёздное облысение») и др.

Необходимо отметить, что греческое слово «alopecia», происходящее от «alopex» — лиса, было введено для обозначения диффузного выпадения волос, а позже — очагового облысения человека, по-видимому, на основании образного сравнения картины заболевания с мехом лисы в период линьки, а также, согласно поверью, что на местах, где помочилась лиса, трава не растёт.

Цельс сделал попытку классификации кожных болезней по местам их расположения. Если Гиппократ считал причиной болезней, в частности, кожных, количественное и качественное изменение соков организма человека, то Цельс не придерживался такого метафизического объяснения происхождения болезней кожи. Он рассматривал болезни кожи либо как проявление заболевания внутренних органов, либо как самостоятельные болезни. Поэтому такие методы лечения как кровопускания, слабительные, очистительные клизмы в лечении болезней кожи у Цельса занимают незначительное место.

Цельс дал классическое описание таких морфологических элементов как папулы, бугорки, пузырьки, пустулы, язвы, эрозии, корки, вегетации. Он описал многие болезни кожи, заметил сезонность обострения некоторых дерматозов. Под «чесоткой» Цельс понимал не только истинную чесотку, но и некоторые зудящие дерматозы: почесуху, нейродермит, экзему и др. Для лечения чесотки он применял сложный состав с серой и смолой.

Цельс различал три вида лишаев: белый (эритемато-сквамозная стрептодермия, псориаз), чёрный (меланодермия, ихтиоз), лишай lenke

(витилиго). Ошибочно он считал опоясывающий лишай и псориаз разновидностями одного и того же заболевания, хотя его рассуждения представляют интерес с точки зрения вирусной этиологии опоясывающего лишая.

Под названием «железистое разрастание» Цельс описал припухлости, очаги затвердения и нагноения на шее, в подмышечных впадинах, имея в виду, очевидно, склеродермию. Под термином «porrigo» Цельс описал поражение волосистой части головы, характеризующееся сухим или влажным шелушением, нередко сопровождающимся неприятным запахом и нагноением. Причиной этой болезни Цельс считал «страдание» всего организма, которое похоже на клинические проявления себореи или себорейной экземы. Цельс сделал также подробное описание различных видов облысения, лечить которое предлагал ежедневным бритьём этих участков, втиранием смолы терпентинового дерева с тапсией и другие средства. Рожа, как указывает Цельс, чаще всего развивается вокруг раны. Он описал фликтены при стрептодермии, гидраденит, сикоз, фавус и другие заболевания кожи. Слоновую болезнь Цельс ошибочно считал разновидностью лепры и привёл классификацию клинической картины лепры.

Под названием «phymata» Цельс описал остроконечные кондиломы на головке полового члена. Он прижигал их «лекарствами или железом; когда корни отпадут... посыпаются медной опалиной, чтобы не образовалось нового нароста».

Цельс указал на характерную злокачественность опухолей кожи, локализующихся на лице, грудных железах и других участках кожного покрова человека, подчёркивая при этом, что раздражение раковой язвы прижигающими средствами нередко приводит к смерти.

Цельс отмечал излюбленную локализацию угрей и веснушек на лице, предложил многочисленные косметические средства, отмечал трудность в лечении угрей. Мозоли он рекомендовал периодически соскабливать. Большое значение в предупреждении и лечении болезней кожи Цельс придавал диете, физическим упражнениям, водным процедурам.

Цельс описал язвы на половых органах и слизистой полости рта, кондиломы вокруг заднего прохода. А в главе «О болезнях срамных частей» описал осложнение твёрдого шанкра, сифилитические высыпания на половых органах, ладонях и подошвах. Многие его описания соответствуют клинике сифилиса, сделанной намного позже Дж. Фракасторо и другими учёными. Цельс описал также клинику гонореи, считая при этом гнойные выделения из уретры у мужчин «чрезмерным истечением семени». В дальнейшем болезнь эта получила название «гонорея» («семятечение»). Цельс описал также и осложнения гонореи в виде орхита, фимоза и различные методы их лечения, в том числе и хирургические.

Таким образом, Цельс внёс большой вклад в развитие дерматовенерологии в античном мире. Он описал клинику многих болезней кожи, сифилиса и гонореи, ввёл латинскую терминологию болезней кожи.

С лечебной целью считал необходимым рекомендовать диету, физические упражнения, физиотерапевтические упражнения, применение лекарственных средств минерального, животного и растительного происхождения.

Если не для современников, то, по крайней мере, в Средние века и в эпоху Возрождения, труд Цельса сыграл важную роль в развитии нашей науки.

Видный византийский врач Павел с острова Эгина (615–690 гг. н.э.) составил сборник в 7 книгах «Compendii medici libri septum», четвёртая книга которого посвящена кожным болезням. В ней почти полностью приводится терминология Гиппократа, Галена и Орибазия, а в области косметологии — номенклатуры Критона.

Гален создал первое компилятивное сочинение по кожным болезням, имеющее характер учебника по дерматологии, а также разработал методы медикаментозной терапии.

В VIII–XI веках медицина переживала период расцвета на Востоке, чему способствовало слияние традиций медицины Ближнего Востока с греко-римской медициной, а также с медициной Индии и Китая. Значительного уровня тогда на Востоке достигло изучение кожных и венерических болезней.

Известный врач Востока Абу Бакр Рази (865–925) написал труды «О проказе», «О кожных болезнях» и др. В 5 томе «Медицинской книги, посвящённой Мансуру» Рази описал некоторые болезни кожи и венерические заболевания. Много внимания кожным болезням уделяется в труде Рази «Клинические записи Абу Бакр Рази и его ученика», изданного на узбекском языке в Ташкенте в 1974 г., и «Тридцать три клинических наблюдения ар-Рази» (900), опубликованных на английском языке в 1935 г.

В «Клинических записях Абу Бакр Рази и его ученика», состоящего из 31 главы с описанием 800 историй болезней, болезням кожи посвящена 26 глава «Об опухолях, сыпях, зудящих болезнях кожи, чесотке и крапивнице» и 28 глава «О бахаке, песи, лишаях, парше и облысении». В этом труде описаны такие заболевания кожи как острая и хроническая экзема, чесотка, нейродермит, кожный зуд, крапивница, псориаз, микозы гладкой кожи и волосистой части головы, фавус, гиперкератозы, пиодермии, кожный лейшманиоз, бородавки, облысение, витилиго, пузырьковые дерматозы.

В «Антидотарии» Рази описал применение ртутной мази для лечения чесотки, вшивости, а также приготовление сулемы и применение её при болезнях кожи. Мазь из свинцовых белил для лечения кожных болезней, предложенная Рази, в Средние века была известна как Album Rhazis.

Ртутную мазь при кожных и венерических болезнях назначали ещё в Древней Греции и Риме, однако заслуга в широком использовании

препаратов ртути, обобщение опыта её применения принадлежат Рази и его последователю Авиценне. Среди лекарственных растений для лечения заболеваний кожи он применял ромашку, алоэ, подорожник, гранат, полынь, фиалку, лопух, перец, цикорий, петрушку, сандал и многие другие. Местно часто назначал оливковое, нардовое, цветочное масла, розовую и цветочную воду и другие.

Из лекарств животного происхождения для лечения болезней кожи Рази применял сало барана и других животных, костный мозг, мёд, воск, сметану; органические, минеральные, ископаемые соединения: свинцовые белила, камфору, квасцы, буру, соду, мел, известковую воду и другие, а также виноградный уксус и вино наружно.

В «Акрабадине ал-Кабир» Рази описал многочисленные косметические средства для ухода за кожей лица, в том числе разнообразные смягчающие кожу масла; им предложены средства для лечения волос и ухода за ними, описан способ окраски волос. При некоторых болезнях кожи Рази применял водные процедуры, ванны из пшеничных отрубей, массаж. С целью очищения организма Рази рекомендовал рвотные средства, а также делал кровопускание.

К трудам Рази обращались и цитировали его Мхитар Гераци («Утешение в лихорадках»), Амирдовлат Амасиаци («Польза медицины»), Давид Батонишвили («Иадигар Даури»), Григорис («Анализ природы человека и его недугов»), Джироламо Фракасторо («О сифилисе») и др.

Рази оказал большое влияние на изучение болезней кожи учёными-медиками последующих поколений — Иби Сикай, Али-Аббасом, Абул-Касимом, Авензоаром, Эбн-эль-Бейтором и др.

Выдающийся врач Востока Абу Али Ибн Сина (Авиценна, 980–1037) в своих трудах «Канон врачебной науки», «Поэма о медицине» описал причины возникновения, клиническую картину, лечение и предупреждение болезней кожи.

Авиценне были известны сочинения Гиппократа, Галена, Дискорида, Цельса и др. Так, причины кожных болезней Авиценна, подобно Гиппократу, видел в количественном и качественном изменении соков организма, в сопутствующих заболеваниях организма, факторах внешней среды, передаче от человека человеку.

В «Поэме о медицине» Авиценна описал характерные цвета кожи людей в зависимости от местности при различных сопутствующих заболеваниях. Многие болезни кожи Авиценна описал как отдельные нозологические единицы и дал отличительные признаки более 30 болезней кожи. Он впервые выделил дерматит, экзему, псориаз, нейродермит, опоясывающий лишай и другие заболевания кожи. Он впервые описал следующие разновидность васкулитов кожи: намш, барш, бутм, «мёртвая кровь» и др.; отделил витилиго и элефантиаз от лепры, описал диагностический признак точечного кровотечения при псориазе, указал на сезонность некоторых болезней кожи. Авиценна отметил обес-

цвеченность волос в очагах поражения витилиго; подробно изучил болезни ногтей: не только онихо-микозы, но и поражение ногтей при экземе, псориазе, лепре, а также ониходистрофии.

Авиценне принадлежит приоритет в изучении кожного лейшманиоза, который он считал причиной болезни «укус вредоносного комара». Его предположения были подтверждены лишь в 30-х гг. прошлого столетия. Авиценна доказал заражаемость людей лепрой, чесоткой, педикулёзом, рекомендовал изолировать их от окружающих, указал на половой путь распространения венерических болезней.

В лечении кожных болезней Авиценна применил некоторые рецепты и рекомендации Гиппократа, Феофраста, Каритула, Цельса, Плиния Старшего, Галена, Орибазия, Александра Тралесского, Павла Эгинского и др. По современным подсчётам для лечения различных заболеваний кожи Авиценна использовал более 200 лекарственных растений, 35 из которых применяются по настоящее время (Л.В. Белова, 1985). Авиценна указал также на привыкание к лекарственным препаратам, что нередко наблюдается при лечении заболеваний кожи и в настоящее время.

Авиценна предложил рецепты кремов и лосьонов для очищения, питания, смягчения, отбеливания кожи лица, придания ей свежести, упругости, улучшения цвета; для укрепления волос, их окраски; удаления татуировок, прописи благовоний. В его «Косметике» рекомендовано применение около 23 средств животного происхождения; 17 минеральных, ископаемых, органических соединений, приведено около 260 рецептов сложных прописей.

С целью предупреждения кожных болезней Авиценна рекомендовал укреплять организм физическими упражнениями, водными процедурами, соблюдать диету, нормализовать сон: «...от болезней лучшая защита — лечить болезнь, пока она сокрыта».

Авиценна описал разновидность проявления сифилиса. Для его лечения он применял ртуть, мышьяк, алоэ, а также выявил осложнения в виде ртутного дерматита, отметил положительное влияние на течение сифилиса повышения температуры тела больного. Авиценна подробно изучил клинику гонореи, указал на половой путь её передачи, описал блинорею. Одной из причин некоторых болезней женских половых органов он считал передачу «через семя», т.е. передачу их половым путём, тогда как Цельс ошибочно считал гонорею «чрезмерным истечением семени». Описал состояние мочи при гонорее.

Творческое наследие Авиценны в области лечения болезней кожи является ценным вкладом в развитие отечественной дерматовенерологии.

Живший в эпоху Авиценны известный врач Абу-л-Касим аз-Захрави в своём энциклопедическом труде «Руководство для того (врача), кто не в состоянии составить (таковое)», состоящем из 30 трактатов, при-

вёл сведения о средствах лечения кожных и венерических заболеваний. Трактаты 13 «О парфюмерии, косметике», 24 «Об изготовлении пальмовой и других мазей по Галену и другим», 25 «О масляных эссенциях, их применении и точном способе их получения» посвящены косметике, приготовлению мазей, благовоний.

В «Трактате о хирургии и инструментах» Захрави подробно описал клинику, лечение кожных и венерических болезней. Для лечения больных лепрой он применял рефлексотерапию, а местно накладывал повязки из розового масла, листьев подорожника и чечевичной муки. Для прижигания различных высыпаний Захрави широко применял ляпис. Он описал также клинику и лечение риштьі, а также болезни половых органов. Для лечения больных сифилисом Захрави применял втирание ртутной мази, а для инстилляции уретры применял спринцовку и катетеры.

В XII–XIII веках в армянских медицинских рукописях появилось описание элементов кожных высыпаний. Как указывает М.Е. Миракян (1988), Мхитар Гераци (XII век) и Григорис (XII–XIII века) являются основоположниками морфологической (описательной) дерматологии, которые впервые описали морфологические элементы сыпи и в основу болезней кожи положили морфологический принцип намного раньше основателя французской школы дерматовенерологов J.Z. Alibert (1832).

В труде известного армянского врача Григориса «Анализ природы человека и его недугов», в 11–15 главах, дано клиническое описание заболеваний кожи, изложены взгляды на их патогенез и связь с общим состоянием организма. Врачебник Григориса написан в стиле учебника, где он придерживался определённой группировки кожных заболеваний, в основу которой Григорис взял принцип локализации (болезни области головы, конечностей, детородных органов и т.д.), или какой-либо один преобладающий симптом, например, заболевания кожи, сопровождающиеся отёком, изменением её пигментации, наличием зуда и т.д. Такая систематизация является попыткой классификации болезней кожи, чему Григорис посвятил отдельные главы своего труда.

Армянские врачи высказали самостоятельное суждение о раздельности сифилиса и гонореи на основании своих клинических наблюдений ещё в XVII–XVIII веках, вопреки представлениям унитаристов о единстве сифилиса и гонореи. Не менее самостоятельным было развитие представлений о предупреждении заболеваний. В древности возникла мера предупреждения лепры — изоляция больных путём изгнания лепрозных из общества, а с конца III века больные изолировались в лепрозориях. Меры предупреждения распространения лепры получили отражение в средневековых канонах и судебниках (Н.А. Торсуев, 1958; М.Е. Миракян, 1988).

В 1954 г. в России впервые был издан перевод трактата Джироламо Фракасторо (1483–1553) «О сифилисе», который представляет инте-

рес не только для сифилидологов, но и для всех интересующихся историей медицины. Комментаторы книги, благодаря ясному представлению об исторической ситуации средневековой медицины, проливают свет на сущность этой болезни.

Л.В. Белова (1985) указывает, что венерические болезни были описаны задолго до Дж. Фракасторо в его труде «О сифилисе» в древности и Средние века. В частности, сведения о венерических болезнях имеются в «Каноне врачебной науки» Авиценны. Рази считал язвы наружных половых органов проявлением общего заболевания организма человека венерической болезнью, а не местным её проявлением. Рази и Авиценна отличали сифилитические шанкры от мягких.

В труде «О причинах расширения зрачка в темноте и сужении его при свете» Рази впервые описал реакцию зрачка на свет, которая в настоящее время носит название реакции Аргайла-Робертсона.

М.В. Борзов (1936) также указывает на описание венерических болезней в «Каноне врачебной науки» Авиценны. Он приводит описание сифилитического поражения кожи и слизистых полости рта, язвы в области молочных желёз, кондиломы вокруг заднего прохода и др. Иногда такие язвы поражали кожу и мышцы вплоть до костей. Авиценна называл эту болезнь «сифакулус». Он указывал также на поражение внутренних органов при сифилисе.

Как указывает М.В.Борзов, обнаруженные при археологических раскопках сосуды предназначены для хранения ртути и относятся к XII–XIII векам. Рази и Авиценна широко применяли ртуть для лечения сифилиса путём втирания в виде мази и вдыхания её паров. Для проведения экспериментальных исследований с целью изучения действия препаратов ртути на организм человека, предотвращая осложнения в виде ртутного стоматита, Рази и Авиценна проводили подобного рода опыты на обезьянах.

М.В. Борзов, А.А. Кадыров и У.Т. Салпов (1963) указывают, что Исаак-Иудей и Рази наблюдали больных с гнойными выделениями из мочеиспускательного канала. Авиценна в «Каноне врачебной науки» также подробно описал заболевания половых органов у мужчин и женщин, клиническая картина которых соответствует гонорее. Он различал свежий острый и хронический уретрит, острый и хронический орхит. Для инстилляции уретры Авиценна применял сок подорожника, камеди, молока, свинцовых белил, обладающих противовоспалительным действием. Для введения этих лекарств в уретру он использовал катетеры, изготовленные из кожи некоторых животных. Важное место в диагностике урологических и венерических заболеваний уделялось осмотру мочи больного. Авиценна различал 7 категорий признаков мочи (цвет, состояние, прозрачность и мутность, осадок, скудность и обилие, запах, пенистость), 22 цвета и оттенка мочи, 9 видов её запаха, 6 видов пены, более 40 видов мочевых осадков.

Таким образом, во многих древнейших памятниках письменности, написанных за несколько тысяч лет до новой эры, индийских, египетских, китайских письмах встречаются описания заболеваний в области половых органов, полости рта и носа, заднего прохода, а также костей, которые ряд исследователей считает возможным трактовать как проявления сифилиса. Г.В. Вогралик (1915) по этому поводу указывает, что «сифилис, по-видимому, стар, как само человечество». Некоторые учёные считают, что сифилис произошёл от полового спирохетоза южноамериканских лам и в результате скотоложства перешёл к человеку.

Венерические болезни получили название по имени древнеримской богини любви Венеры и передаются в основном при половом общении. Впервые название «венерические» этим болезням было дано в 1527 г. французским врачом Жаком Бегденкуром. Мнение о происхождении сифилиса из Америки, т.е. эпидемии 1494 г., связывающееся с открытием Х. Колумбом Америки, мало обосновано. 14 марта 1493 г. Колумб вернулся в Испанию, а впоследствии прибыл в Барселону. Матросы его страдали неизвестной до того болезнью и заразили жителей Барселоны. Испанский врач того времени Roderic Diar de Isla (1462–1542) утверждал, что матросы корабля Х. Колумба заразились сифилисом от туземцев открытых Колумбом островов Гаити, который существовал здесь задолго до испанцев, с незапамятных времён.

Французский король Карл VIII в это время готовился к походу в Испанию. Перейдя Альпы, к концу декабря 1493 г. взял Неаполь, а в феврале 1494 г. уже возвратился во Францию из-за сильно распространившейся эпидемии сифилиса среди солдат его войска.

Защитники американского происхождения сифилиса полагают, что испанские войска, посланные по просьбе итальянцев, будто бы и перенесли сифилис, но они прибыли в Италию только в 1496 г. и никак не могли заразить французскую армию, т.к. она возвратилась во Францию на 16 месяцев раньше прибытия испанских войск в Италию.

В дальнейшем эпидемия сифилиса вспыхнула в Испании, Франции. В 1495–96 гг. появилась в Щвейцарии, Германии и Венгрии. В 1497 г. — в Англии и Шотландии. В 1498 г. эпидемия перешла в Польшу и Россию. Русские называли её польской, немецкой или французской. Голландцы называли её испанской, итальянцы — французской, — все народности сваливали происхождение этой компрометирующей болезни на других.

Так продолжалось до тех пор, пока не появилось наименование «сифилис», имеющее мифологическое значение. Это произошло после того, как итальянский врач и поэт, астроном и космограф, энциклопедически образованный учёный начала XVI века Дж. Фракасторо написал поэму «Syphilis sive de morbo gallico». Героем поэмы был пастух по имени Syphilis, который за оскорбление богини любви Венеры был наказан болезнью половых органов. От имени пастуха Сифилиса (sys — свинья,

philos — друг) и возникло наименование — «сифилис», которое не затрагивало ни чьего-либо национального самолюбия, ни святых, что в то время имело немаловажное значение и дошло до наших дней.

По другому варианту, Сифилис разгневал Аполлона, бога Солнца, вследствие чего был награждён тяжёлой и противостоящей всякому лечению болезнью. Но над ним сжалилась нимфа Америка, привела его в рощу, где росли гваяковые деревья, к серному источнику и ртутному озеру. От употребления в пищу гваякового корня и от купания в ртутном озере и в серном источнике Сифилис излечился.

Спустя много лет испанские путешественники переплыли океан и открыли Новую Землю, где обитала нимфа Америка, вызвали против себя негодование бога Аполлона. Они осмелились застрелить на охоте посвящённых ему птиц. Одна из раненых птиц, заговорив вдруг человеческим голосом, провещевала иностранцам, что за такое оскорбление бога Солнца они будут наказаны ещё невиданной ими и неслыханной болезнью.

Итальянский врач Summarina так свидетельствует о тяжести течения сифилиса: «Никакими словами и никаким пером нельзя изобразить страданий, причиняемых этой болезнью».

Известный отечественный историк медицины, воспитанник медицинского факультета Киевского Университета С.Г. Ковнер (1837–1896) уже почти на смертном одре успел написать уникальный и ценнейший очерк «Сифилис в древности и в Средние века», который давно стал библиографической редкостью и мало известен современным медикам, в котором он описывает историю этого заболевания, клинику, лечение и профилактику сифилиса. С.Г. Ковнер указывает также о занесении сифилиса в Россию из Польши. Другая работа подобного рода появилась в России в 1912 г. под названием «К вопросу о занесении сифилиса в Европу и о древности сифилиса вообще», написанную профессором М.А. Членовым с кафедры кожных и венерических болезней медицинского факультета Московского Университета, в которой автор на основании богатейшего литературного материала даёт описание распространению сифилиса с древнейших времён практически во всех странах мира и приходит к такому заключению: «Следовательно, в том, что родиной сифилиса является Америка, нет ничего невероятного и необычного, но является ли, действительно, родиной его одна лишь Америка (т.е. Антильские острова, Центральная и отчасти Южная Америка), или также и другие жаркие страны, в настоящее время сказать нельзя, и этот вопрос нуждается в дальнейшем изучении».

Профессор М.В. Борзов в своей монографии «Проблема древности сифилиса в Средней Азии» (1936) отмечает, что «литературные памятники, данные археологических изысканий и рентгено-палеопатологических исследований указывают на древность сифилиса в Индии, Китае, Монголии и Европе». В Средней Азии, как указывает автор, сифи-

лис является столь же древним заболеванием, как и в других местностях Европы и Азии.

В.М. Милич (1987) указывает, что сифилис в Европе, Африке, Индии, Китае и других странах мира был известен ещё до открытия Америки. Врачи Восточной Индии Сангазаир и Алессианамби, жившие за 10 веков до новой эры, писали о сифилисе и лечили его ртутью. Дабри (1863) сделал описание сифилиса у китайцев по манускриптам, относящимся к 2600 г. до н.э. Имеются указания о древности сифилиса в Японии.

Т. Кокберн (1961) и Е. Гудзон (1963) считают, что родиной сифилиса является Африка.

Таким образом, вопрос о происхождении сифилиса остаётся спорным. Однако все теории подтверждают, что сифилитическая инфекция по своему происхождению уходит в далёкое прошлое, существует много веков и дискутируется вопрос только о проникновении его в Европу.

Для доказательства идентичности сифилиса и гонореи английский врач Джон Гентер в 1767 г. заразил себя гноем больного, страдавшего выделениями из уретры, и заболел сифилисом... Так был сделан ошибочный вывод об идентичности гонореи и сифилиса. Около ста лет господствовало это заблуждение, поддерживаемое авторитетом Гентера. Опыты Гентера с заражением от заразных больных были повторены на сотнях здоровых людей. Так поступили: англичанин Б.Бели, итальянец Бердотиони, Варнери и многие другие.

Французский врач Ф. Рикор с 1831 по 1837 гг. производил недопустимые опыты с заражением людей гонореей. Из 667 заражённых у 7 человек появился и сифилис, т.к. оказалось, что гной для заражения был взят от больных сифилисом. Ф. Рикор убедил врачебный мир в том, что сифилис и гонорея — совершенно разные заболевания.

Литература

1. Белова Л.В. — Венерические болезни в трудах учёных средневекового Востока. Вестник дерматологии и венерологии, 1985, №12, с. 59–61.

2. Борзов М.В. — Проблема древности сифилиса в Средней Азии. Ташкент, 1936.

3. Гиппократ — Избранные книги. Пер. с греч. М., 1936.

4. Гиппократ — Сочинения. Т. 2–3. М-Л, 1941–1944.

5. Гриневич В.М. — Материалы к истории развития о кожных и венерических болезнях в древности. Дисс. канд., Ростов-на-Дону, 1949.

6. Гуго Глязер — Драматическая медицина (Опыты врачей на себе). Пер. с немец. М., 1965.

7. Гусаков Н.И. — Вклад С.Г. Ковнера в развитие отечественной дерматовенерологии (К 100-летию со дня смерти). Вестник дерматологии и венерологии, 1996, №4, с. 78.

8. Ибн-Сина — Канон врачебной науки, Ташкент, 1980, кн. 5.

9. Иероним Фракосторий. — Сифилис, или галльская болезнь. М., 2007
10. Кадыров А.А., Салпов У.Т. — Абу Бакр Рази, Ташкент, 1963.
11. Ковнер С.Г. — История древней медицины, Киев, 1878, В. 1
12. Ковнер С.Г. — Сифилис в древности и в средние века, Киев, 1896.
13. Милич В.М. — Эволюция сифилиса, М., 1987.
14. Рахимова Л.В. — Вклад Ибн-Сины (Авиценны) в развитие дерматовенерологии. Автореф. дисс. канд., 1987.
15. Фракасторо Дж. — О сифилисе. Пер. с лат. М., 1956.
16. Цельс А.К. — О медицине (в 8 книгах). Пер. с лат. М., 1959.
17. Членов М.А. — К вопросу о времени занесения сифилиса в Европу и о древности сифилиса вообще. М., 1912.
18. Юринов Т.М. — Краткий очерк по истории дерматологии Древний Восток, Античный мир) В кн.: Труды Казанского государственного медицинского института, 1946, Вып. 1, с. 2–62.

Глава 2

ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ДЕРМАТОЛОГИИ И СИФИЛИДОЛОГИИ В РОССИИ И ДРУГИХ СТРАНАХ МИРА

Любая попытка периодизации научной дисциплины должна исходить из необходимости отражения как общеисторических вех, так и основных событий, специфических для развития конкретной области знания.

При оценке особенностей развития изучаемой науки исследователь имеет в виду, как минимум, следующие слагаемые:

1) время появления собственных методов исследования; 2) основные идеи, направления исследовательской работы, открытия и теории, труды, заложившие основы современного знания; 3) появление своего «языка», т.е. разработку понятийно-терминологического аппарата; 4) становление организационного аппарата (исследовательские центры, учебные кафедры, научные общества, журналы и др.).

Мы впервые предлагаем следующую схему исторического развития дерматологии и венерологии.

I этап. *(IV век до н.э. – I век н.э.)*

Имперский период — дерматология Древнего мира, начало которой трудно уловимо. В дерматологии древности, точно также, как и в медицине рабовладельческой эпохи, нашли своё отражение методы мышления, свойственные данной эпохе.

В I тысячелетии до н.э. постепенно начинает развиваться культура Древней Греции, достигшая наивысшего расцвета в V веке до н.э. — веке Перикла. Во II веке н.э. Греция была покорена римлянами и многое восприняла у греков, в том числе в области медицины.

Древний Рим возник как государство этруссов на Аппенинском полуострове примерно в VIII веке до н.э. Гибель Римского государства привела к его делению на Западную и Восточную Римскую империю (Византию), сохранивших в своих библиотеках научное наследие древних культур. Византия просуществовала с V по XV веках н.э. От Византии тянутся нити в Древнюю Русь и в Арабские Халифаты.

В медицине Гиппократа нашли своё отражение идеи Гераклита, Анаксагора, Демокрита и др. Гиппократ рассматривал болезни кожи как реакцию организма на различные раздражения. Цельс под названием

pustulae соединил различные болезни кожи, а Гален предложил делить болезни кожи на болезни головы, болезни рук и ног.

При ознакомлении с деятельностью того или иного учёного представляется возможность уяснить особенности становления и формирования его научной школы, его творческой лаборатории, столкновение с проблемами изучаемой отрасли науки и т.д.

II этап. *(476–1640) — дерматология средневекового феодализма*

В это время отмечается сильное распространение проказы, сифилиса и других заразных болезней в странах Европы.

Дедуктивный метод умозаключения был характерным для данной эпохи. О высоком развитии дерматологии в Египте свидетельствуют достижения врачей «главным образом в лечении кожных болезней». Оригинальное учение о кожных болезнях создали Гиппократ и его школа, оказавшие огромное влияние на всё последующее развитие дерматовенерологии.

В Гиппократовом сборнике имеются описания более 30 заболеваний кожи, симптомов или групповых понятий. К. Цельс описал ещё 23 дерматоза, причём впервые сделаны хорошие морфологические описания. Гален создал первое компилятивное сочинение по кожным болезням, имеющее характер учебника по дерматологии. Павел Эгинский в четвёртом томе своего труда, посвящённого заболеваниям кожи, использовал терминологии Гиппократа, Галена и Орибазия.

В XII–XIII веках господствовала схоластика, которая нашла своё отражение в естествознании, медицине вообще и дерматовенерологии в частности.

С тех пор многие врачи Европы в своём большинстве повторяли уже известные материалы и частично его перерабатывали. Иногда встречались и новые наблюдения. Roger из Палермо (XII век), преподаватель авторитетной школы в Салерно, и William из Селикето (1210–1277), лучший римский хирург своего времени, подтвердили возможность заражения язвами половых органов при половых сношениях. Бельгийский врач Yean Yperman (1295–1351) указал на нарушение чувствительности кожи при её поражении проказой. Шотландец Bernard de Gordon (1285–1318) открыл, что проказа является заразным заболеванием. Его идеи были развиты французским хирургом Henri de Mondeville (1260–1320), который дал классическое определение стадий этой болезни, выделяя такие её признаки, как выпадение бровей, выпученные глаза, утолщённый нос и другие. Знаменитый французский хирург Guy de Chauliac (1300–1368) на 500 лет раньше Raymond Sabourand предпринял попытку лечения опухолей кожи головы и научно доказал заразительность чесотки. С наступлением эпохи Возрождения дерматология переживала расцвет, так как учёные начали обращать внимание на переосмысление достижений прошлых времён и ставили перед собой задачи разработки новых идей.

В Италии Giovanni Monardi (1456–1536) из Феррара снова обратился к болезням кожи головы, Gabriele Fallopio (1523–1562) из Падуи опубликовал работу по опухолям и язвам кожи, в которой он сделал вывод, что варикозные язвы плохо поддаются лечению до тех пор, пока не будут вылечены сначала варикозы.

Michele Brondi (1497–1536) и Zuig Setalla (1550–1633) были одними из первых, кто обратился к проблеме родимых пятен, которой также занимался Daniel Turner век спустя. Одной из самых важных работ этого периода была книга «De Morbis cutanies» врача из Падуи Gerolama Mercuriale (1530–1606), вышедшая в свет в 1571 и 1661 гг., охарактеризованная Ywan Block как первый современный трактат по дерматологии. Эта книга была полнее Галеновых сочинений и содержала классификацию двух типов кожных заболеваний, зависящих от функционального состояния центральной нервной системы и организма в целом. Этот труд впитал достижения римской дерматологии и послужил основой для работы Y.Z. Alibert в начале XIX столетия.

Во Франции Ambroise Pare (1510–1590) провёл исследование по кожным опухолям: эпидермоидным кистам, родинкам, липомам, мозолям и т.д., а Zaurent Goubert (1523–1583) опубликовал работу о болезнях волос.

Из германских врачей периода Ренессанса следует выделить Paracelsus (1493–1541), который изучил труды Га-лена и Авиценны, описал некоторые болезни кожи, популизировал идею применения железа и ртути в медицине, которые стали основными средствами терапии кожных заболеваний в XVIII и XIX столетиях.

III этап. *(1640–1917) — дерматовенерология нового времени*

В это время появляются работы о сифилисе Парацельса и Джиролamo Фракасторо. Отвергается таинственность происхождения сифилиса и вводится лечение ртутью. Болезни кожи рассматриваются Парацельсом как химические процессы, делаются попытки свести в дерматологии и медицине биологические процессы к физико-химическим.

В XIX веке в дерматовенерологии идёт дальнейшее накопление фактов в основном на анатомическом методе мышления без достаточного синтеза, что привело к сумбурной смеси тысячи дерматозов, выделенных на основе незначительных клинических особенностей.

Фактический дерматологический и венерологический материал этого времени концентрируется в трёх крупнейших школах: во Франции — I.L. Alibert, в Вене — F. Hebra и в Англии — R. Willan.

Истоки отечественной дерматовенерологии изучены ещё очень мало. Их надо искать в различных рукописных «травниках», «зельниках», «цветниках», «лечебниках» и делах Аптекарского приказа допетровской эпохи. Однако как самостоятельная наука дерматовенерология до XVIII века не существовала. I.I. Plenk (1776), A.Ch. Lorry (1777), I.L. Alibert (1810),

R. Willan (1783), T. Bateman (1813) на основе накопившегося к тому времени фактического материала заложили основы морфологии дерматозов и сделали первые попытки классификации кожных болезней.

В XVIII веке жили и работали такие крупные дерматологи как Turner, Astruc, Lorry.

Daniel Turner (1667–1740) начал свою деятельность хирургом в Лондоне. В 1714 г. он издал книгу «Atreatise on diseases incident to the skin», основанную на материале, который он собирал годами, и являющуюся первым английским учебником дерматологии. Один из биографов Turner так отзывался об этой книге: «Книга имела огромный успех, пережила пять английских изданий и была переведена на французский и немецкий языки. Это был самый важный и наиболее распространённый медицинский текст первой половины XVIII века и, хотя она содержала мало принципиально новых идей, позитивный и практический подход к лечению кожных болезней делал книгу незаменимой для любого практикующего специалиста».

Jean Astruc разделял интерес своего английского коллеги к кожным и венерическим заболеваниям. В конце своей жизни он начал готовить к публикации часть своих трудов. Первый сборник трудов Astruc опубликован в 1759 г. под названием «Treatise on tumor and ulcers». Но название книги не соответствует её содержанию. На самом деле трактат — это размышление о дерматологии. Он рассматривает многие симптомы, причины, признаки различных заболеваний организма человека, способные вызвать болезни кожи. Именно эта сторона трудов Astruc оказала большое влияние на развитие дерматологии.

Путём наблюдательности, терпеливости и огромного внимания Astruc охарактеризовал многие заболевания кожи, подробно описав их симптомы. Этот труд Astruc переиздавался 50 лет. Его книги долго подвергались неоправданной критике, множествам опровержений. Astruc заложил основы мифологического учения о заболеваниях кожи, которые в дальнейшем развили Rayer, Plumbe, Wilson, Rosenbaum, Simon, Baerensprung.

Его учеником был Anne-Charles Lorry (1726–1783). В 1777 г. Lorry опубликовал «Tractatus de morbis cutancis» на латинском языке, который представляет собой последнюю главную работу по кожным болезням на языке Цицерона. Она снабжена повторением почти всего того, что было написано по дерматологии и её проблемам со времён Гиппократа, и превосходит как в эрудиции, так и в литературном совершенствовании любую предыдущую книгу по данной теме.

Не будучи специалистами в современном смысле Turner, Astruc, Lorry были восприняты своими современниками как талантливые авторитеты по кожным болезням, самые доступные и полезные, сделавшие свой вклад, который стал неотъемлемой частью стиля и подхода к лечению в дерматологии XIX века. Но в течение нескольких лет после

смерти последнего из этих трёх учёных прямые ссылки на их работы фактически исчезли из новых сочинений по дерматологии. Люди и идеи исчезали (изгонялись) из вводных страниц. Причин быстрого затмения этих людей и их мыслей было две.

Первая — ослабление и, в конечном итоге, полный отказ от доктрины нравов и характеров в начале XIX века. Работы этих трёх учёных настолько были насыщены идеями и взглядами Гиппократа и Галена, что молодое поколение восприняло их как старую безнадёжную доктрину.

Вторая причина, и более важная, заключалась в том, что всё своё умение и усилия при работе с хорошо описанными ранее признаками заболеваний кожи они собирали без существенного вклада чего-то нового, не разгадывая запутанные сведения о лишаях, разнообразных экзематозных реакциях и т.д. Это была попытка открытия способа справиться с трудной задачей, которая увлекала воображение последующих поколений медиков, заинтересованных изучением заболеваний кожи.

F. Hebra (1845) и M. Kaposi (1880), основоположники Венской дерматологической школы, создали оригинальную паталогоанатомическую классификацию кожных болезней; причину почти всех дерматозов они видели в воздействии на кожу внешних факторов. A. Bazin (1868) и H. Hardy (1859) — представители французской школы — считали, что большинство кожных заболеваний представляет собой лишь «следствие тех или иных диатезов».

К этому времени русскими врачами уже было защищено несколько докторских диссертаций по отдельным разделам дерматовенерологии, о которых Л.Ф. Змеев (1890) писал, что «на наши диссертации можно смотреть как на вехи, указывающие на движение у нас научности». Великие русские клиницисты М.Я. Мудров, И.Е. Дядьковский, Г.А. Захарьин и А.А. Остроумов оказали огромное влияние на формирование русской дерматологии, рассматривавшие кожные болезни в связи с заболеванием всего организма.

М.Я. Мудров в самом начале XIX столетия в своей терапевтической клинике имел палаты «для сыпей острых», а в лекциях указывал на необходимость, обследуя каждого больного, «обращать внимание на кожу, сухость её и влажность, теплоту и холод, цвет и сыпи». И.Е. Дядьковский в своей «Системе болезней» (1846) относил «парши» к «болезням не лихорадочным», к классу IV — «болезни питания», к разделу болезней «от худокачественного пасочного питания», к «золотухе воспалительной». Сюда же, но в раздел болезней от «Худокачественного сывороточного питания», он включил и «шолуди». Молочница в этой системе находилась среди «лихорадочных» болезней во 2 классе «Лихорадочных сыпей».

— До второй половины XIX столетия в России кожные болезни являлись составной частью хирургии и терапии. В 1869 г. впервые были организованы самостоятельные кафедры кожных болезней в Медико-

хирургической академии в Петербурге и на медицинских факультетах Московского и Варшавского университетов. В дальнейшем кафедры были организованы в Киевском, Харьковском и других университетах.

Русские дерматовенерологи издавна поддерживали связь с зарубежными учёными, посещая клиники выдающихся иностранных специалистов. В такие командировки в клиники Парижа, Вены, Берлина и других городов выезжали А.Г. Полотебнов, Т.П. Павлов, А.И. Поспелов, В.М. Тарновский и многие другие.

Российские дерматовенерологи активно участвовали во всех дореволюционных конгрессах. На 1-ом (Париж, 1889) — присутствовало 11 делегатов, в том числе: Н.П. Мансуров, О.В. Петерсен, А.Г. Ге, А.И. Поспелов, В.М. Тарновский и другие; на 2-ом (Вена, 1892) — 19 человек, на 3-ем (Лондон, 1896) — 8, на 4-ом (Париж,1900) — 10, на 5-ом (Берлин, 1904) — 4, на 6-ом (Нью-Йорк, 1907) — 7, на 7-ом (Рим, 1911) — 10 и т.д.

Отечественные дерматовенерологи принимали участие в работе VIII международного конгресса в Копенгагене (1930), X — в Лондоне (1952), XI — в Стокгольме (1957), XII — в Вашингтоне (1962), XIII — в Мюнхене (1967) и т.д.

Многочисленные делегации отечественных учёных дерматовенерологов участвовали в работе 1-го международного симпозиума по профессиональным дерматозам (Прага, 1960), 1-ой интернациональной микологической конференции (Братислава, 1966), в республиканских съездах и конференциях дерматовенерологов, например, в Болгарии, Венгрии, Польше, Германии и т.д.

Большинство русских дерматовенерологов были хорошо знакомы с зарубежной медицинской литературой по оригинальным работам либо по переводам и рефератам, которые систематически печатались на страницах «Русского журнала кожных и венерических болезней», «Врача», «Медицинского обозрения» и других общих и специальных медицинских изданий.

— Прогрессивные тенденции научной дерматологической мысли ярко развились после 20-х годов текущего столетия. Ведущую роль в развитии прогрессивного направления отечественной дерматовенерологии сыграл С.П. Боткин. Его ученик и последователь А.Г. Полотебнов (1838–1908) подверг резкой критике локалистическое направление западноевропейских дерматологических школ. Он создал новое оригинальное направление в дерматологии, в основу которого положено два принципа: 1) необходимость изучения кожных болезней с позиций целостного организма, при ведущей роли нервной системы и его внешних и внутренних связей; 2) необходимость изучения патологических функциональных её изменений, как важного органа человека. Эти научные положения А.Г. Полотебнова являлись руководящими для дальнейшего развития отечественной дерматологии. Учениками Полотеб-

нева были М.И. Стуковенков, И.Ф. Зеленев, А.А. Линдстрем, А.Я. Бруев и другие, которые в дальнейшем заняли самостоятельные кафедры.

В Московском университете кафедру кожных болезней возглавлял сначала Д.И. Найдёнов, а с 1884 г. — Н.П. Мансуров. Крупнейшим дерматовенерологом, основателем московской школы дерматовенерологов является А.И. Поспелов (1846–1916), создавший образцовую клинику с богатейшим музеем. В 1891 г. А.И. Поспелов основал московское общество дерматовенерологов. Его ученики С. Л. Богров, Е.С. Главче, Г.И. Мещерский и другие возглавили кафедры в разных городах России.

М.И. Стуковенков (1842–1897), ученик А.Г. Полотебнова, возглавлял кафедру в Киеве. Его талантливый ученик П.В. Никольский (1859–1940) проводил идеи целостности организма, подчёркивая роль нервно-трофических факторов этиологии и патогенеза различных дерматозов.

IV этап. *(с 1917 г.)— современная отечественная дерматовенерология*

Опираясь на учение о нервизме выдающихся физиологов И.М. Сеченова, И.П. Павлова, Н.Е. Введенского и А.А. Ухтомского, в тесной связи с научно-исследовательскими и практическими учреждениями, взаимно обогащаясь идеями и опытом, приняла физиологически функциональный характер. Большое внимание уделялось изучению связей заболеваний кожи с нервной системой, внутренними органами, базируя свои исследования на достижениях современной физиологии и патофизиологии. К концу XIX столетия, с расцветом микробиологии начался этиологический этап развития дерматовенерологии, когда основные усилия учёных были направлены на поиск возбудителей различных кожных и венерических болезней. В XX веке изучались эксперементально-клинические закономерности и патогенез дерматозов на базе успе-хов и достижений нормальной и патологической физиологии, предложены новые методы изучения роли нервной системы в реактивности кожи, разработаны оригинальные методы её исследования.

Важнейшим событием в отечественной дерматовенерологии явилось создание в 1921 г. Центрального кожно-венерологического института (ЦКВИ), который явился центральным органом работы в области подготовки кадров, разработки научных и организационно-методических основ современной дерматологии и венерологии, в том числе диспансерного метода работы. Большую роль в успешной деятельности института, его становлении и превращении в ведущее учреждение в области дерматовенерологии сыграли возглавлявшие его в разные годы Л.С. Богров, В.М. Броннер, Н.М. Туранов, Ю.К. Скрипкин (с 1980) и другие.

В России большое значение в развитии классификации болезней и болезней кожи в частности имели Пироговские съезды. Внимание классификации кожных заболеваний уделяли А.Г. Полотебнов, А.И. Поспелов, П.В.Никольский и другие. Этим вопросом занимались также

Г.И. Мещерский, П.С. Григорьев, А.И. Картамышев. Особенно большую работу по разработке этиолого-патогенетической классификации дерматозов проделал А.М. Кричевский (1933–1935). П.В. Кожевников (1964), исходя из диалектического учения о причинно-следственных отношениях, разработал каузальную классификацию дерматозов.

Проведено много научно-практических конференций, совещаний, симпозиумов и других коллективных обсуждений различных актуальных проблем дерматовенерологии. Огромную роль в организации и проведении этих совещаний и конференций играет Всероссийское общество дерматологов и венерологов и его филиалы.

С 1917 по 1950 гг. по неполным данным в России защищено 472 диссертации (в том числе 87 докторских) — 319 по дерматологии и 153 — по венерическим болезням. Согласно А.С. Чубаровой и Л.И. Кочетовой (1960), число докторских диссертаций по кожным и венерическим болезням (без гонореи и трихомониаза) равнялось 168. Только за 1964–1965 гг. защищено 10 докторских и 42 кандидатских по дерматовенерологии.

— 1950–60 гг. характеризуются нарастающей коллективностью дальнейшей разработки системы современных представлений о структуре и функции кожного покрова в нормальных и патологических условиях. Применение электронной микроскопии, современных методов биохимии и биофизики позволило изучить взаимоотношения структуры и функции кожи. Изменились возможности диагностики и арсенала лечебных средств (кортикостероиды).

— С 1970 г. развитие отечественной дерматовенерологии отмечено комплексными национальными и международными программами клинико-теоретических и медико-социальных исследований, прямым воздействием научно-технической революции. К этому этапу относится плодотворное развитие дерматовенерологии в России, научно-методическое руководство которой осуществляет ЦКВИ. Профилактическая направленность научных исследований и врачебной практики вытекала из сформированных в 1920-е гг. (З.П. Соловьёв, Н.А. Семашко) основных принципов медицины; она получила наглядное воплощение, например, в разработанном школой О.Н. Подвысоцкой учении о грибковых заболеваниях.

Проблема приоритетов является одной из наиболее острых и дискуссионных для истории науки и дерматовенерологии в России в частности. Она исследована в работах В.А. Невского, А.С. Чубаровой, П.В. Кожевникова, Н.А. Торсуева, В.М. Борзова и других.

Вопрос о значении и методах формирования у врачей клинического мышления приобретает особую актуальность в современной медицине в связи с постоянно ускоряющимися процессами её дифференциации и «технизации». Исторический опыт свидетельствует, что дальнейшая специализация и «технизация» медицины в целом и дерматовенероло-

гии в частности неизбежны, но таят в себе всё большую опасность объединения клинического мышления узкого специалиста во «врача-статиста», превращающего свой труд, связанный со сложной диагностической деятельностью, сложным врачебным мышлением, в работу «запрограммированного робота». Поэтому представляется перспективным не путь ранней, со студенческой скамьи, специализации, а путь дерматовенеролога широкого профиля, и только на этой основе в дальнейшем специалиста дерматолога, венеролога, миколога, лепролога и т.д. В связи с этим представляются перспективными исследования на стыках разных научных областей, способствующие проявлению альтернативной интеграции — процесса интеграции научного знания, объединяющего усилия специалистов разных областей знаний. В то же время постоянно расширяются непосредственные контакты на стыке научных разделов терапевтического, хирургического, урологического и другого профиля.

У постели больного медицинская наука нередко оказывается беспомощной, так как болезнь может протекать атипично; область психосоматических расстройств обширна и неопределённа; при всех успехах фармакотерапии реакция организма на лекарственное воздействие подчас непредсказуема и т.д. Медицина остаётся особой наукой, для её приложения к больному необходимо врачебное мастерство, включая и деонтологический подход.

Большую роль в совершенствовании дерматовенерологической помощи населению играют все НИИ кожно-венерологического профиля Российской Федерации, кафедры кожных и венерических болезней медицинских институтов и институтов усовершенствования врачей, научные общества дерматовенерологов. Основное внимание в настоящее время уделяется предупреждению распространения заразных кожных и венерических заболеваний среди населения, совершенствованию методов их диагностики. Исследования в этом направлении необходимо продолжать, их цель — выяснение и восстановление истории отечественной дерматовенерологии, определение значения её для современности и поиск перспективных путей её дальнейшего развития.

Литература

1. Гржебин З.Н. — Об идеях связи, единства и развития в современной дерматовенерологии. Ростов-на-Дону, 1940.

2. Гусаков Н.И. — Истоки отечественной дерматовенерологии. М., 2002.

3. Гусаков Н.И. — Основные этапы развития дерматологии и сифилидологии в России. Рукопись депонирована в ГЦМБ 30.05.94, №24130, с. 1–30.

4. Кожевников П.В. — История дерматологии. В кн.: Общая дерматология. М., 1970, с. 3–68.

5. Подвысоцкая О.Н. — Краткий исторический очерк отечественной дерматовенерологии. В кн. Венерические болезни,М., с. 7–17.

6. Торсуев. Н.А. — Дерматология и венерология. В кн. История медицины в СССР. М., 1964, с. 396–408.
7. Bloch J.— The History of Syphilis. London, 1914, p. 1, 3–39.
8. Burg J. — Dermatologie. Munchen — Wien — Baltimore. Uzban, 1982.
9. Crissey J.T., Z.L. Parich — The Dermatology and Syphilology of the 19-th Century. New York, 1981.
10. Pusey W.A. — The History of Dermatology. London, 1933.

Глава 3

СОСТОЯНИЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ В РОССИИ ДО ОРГАНИЗАЦИИ КАФЕДР КОЖНЫХ И ВЕНЕРИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

В литературе разных стран имеются упоминания о венерических болезнях. В литературных источниках Киевской Руси и Московского государства также можно найти много подобных сведений.

Так, в старых Белозёрских рукописях (1476), как свидетельствуют Е.Д. Ашурков и Л.А. Штейнлухт (1959), встречаются описания симптомов болезни, напоминающих проявления вторичного рецидивного сифилиса. В рукописи XV века «Врата Аристотелевы» говорится, что «срамные болезни» появляются на участках кожи, близких к половым органам. В ряде других народных лечебниках XVI и XVII столетий, изучением которых занимался В.М. Флоринский (1879) и В.Ф. Демич (1902), имеется много рациональных указаний по лечению кожных и венерических болезней.

В отечественной научной литературе работ о медицинских рукописях XVII–XVIII столетий очень мало. Кроме нескольких статей в журналах (Н.А. Богоявленский, 1947, 1952; И.Б. Зархи, 1947) и небольших разделов в библиографических изданиях, можно назвать несколько монографий (С.М. Громбах, 1953; Т.А. Райнов, 1940).

Распространённые в России в конце XVII – начале XVIII веков рукописные источники медицинского содержания под названием «травники», «лечебники», «земельники», «вертограды» являются почти единственными медицинскими книгами своего времени. Как указывет М.Ю. Лахтин (1912), «...в чисто медицинском отношении лечебники можно назвать медицинскими энциклопедиями данной эпохи, т.к., помимо болезней и лекарств, в них излагаются и способы их распознавания и т.д.».

На Руси в XVII веке Аптекарский приказ руководил разведением и сбором лекарственных растений, к которым русская медицина того времени проявляла особей интерес, поскольку травы, «зелия» были её главными лечебными средствами.

Судя по рукописям, в то время на Руси были специалисты («травозыатцы») и «лечцы», которые одновременно являлись составителями «травников», «вертоградов», «цветников» и других «врачебных писаний». В ряде народных лечебников XVI и XVII столетий, начало изуче-

ния которых было положено В.Ф. Демичем и В.М. Флоринским, имеется немало различных указаний по лечению кожных и венерических болезней. Травники часто иллюстрированы рисунками растений, нередко раскрашенными. На полях некоторых врачебников встречаются пометки с названиями растений на польском языке, что свидетельствует об использовании русских врачебников представителями других славянских народов.

Сведения об изготовлении лекарств встречаются во многих травниках, лечебниках и «прохладных вертоградах» допетровского периода. Формы лекарственного назначения отличались большим разнообразием. «Питие», «порохи» (порошки), «лазуни», «пластыри» встречаются чаще всего. Для исправления вкуса в качестве растворителей и обволакивающих чаще всего применялись: «мёд пресной», уксус, соль, пиво, вино белое, «черное» (красное), сахар, молоко.

Народные названия кожных и венерических болезней разнообразны: «короста» (различные кожные болезни), «зуда», «свербея» (чесотка), «прокажёние» (лепра, туберкулёзная волчанка и др.), «восцы» (угри), «змеевики», «жолвы», «недужницы (фурункулы), «цвет» (кандидоз слизистых), «хомут» (опоясывающий лишай), «захват рук» (дерматит с явлениями отёка, развивающийся во время жатвы), «вороньи сапоги» (гиперкератоз стоп), «нажим» (мозоль), «худая», «дурная», «секретная», «потайная» болезнь (сифилис), «течь» (гонорея) и др. Известны были «никтоедицы, тканевые миазы, раковые язвы грудной железы» — «волосатиковая болесть на титках у женщин» и т.д.

В числе причин кожных болезней признавалось, с одной стороны, воздействие неблагоприятных внешних факторов, с другой — злых духов. Наиболее распространёнными причинами болезней кожи считались: «с призору», «с ветра», «с угару», «с хмелю», «с притчи», «с переполоху». Кроме этих причин, большая роль приписывалась колдовству, порче, чародейству, вселению беса и др. Анализ содержания ряда рукописных медицинских источников показывает, что основу диагностики заболеваний составляли внешний осмотр больного, исследование пульса и уросколии.

Знахари применяли лечебную магию, пытаясь лечить многие болезни с помощью различных «магических» средств, ритуальных обрядов (заговоров, заклинаний и др.) — Л.Ф. Змеев (1896) приводит 428 лечебных заговоров, 30 из которых посвящены исцелению от болезней и повреждений кожи. Среди них существовала и узкая «специализация»: одни занимались лечением, например, «вогника» (простого пузырькового лишая), другие — «воспаления кожи» (рожи) и т.д.

Лечение больных в Древней Руси производилось различными средствами растительного, животного и минерального происхождения. Были известны такие методы лечения, как трепанация черепа, кровопускание, массаж, водолечение и др. (С.Г. Ковнер, 1888).

Важную роль в лечении играл принцип подобия (имитативная магия). Так, часто применяли кору растений по аналогии с кожей. Рожу лечили прикладыванием земляники или цветов герани (красное — красным); «колтун» — отваром белой омелы, полагая, что он перейдёт на её такие же спутанные и слипшиеся стебли; бородавки — сорванными с корнем травинками, чтобы те выпали «с корнем»; бели у женщин — цветами белого клевера и т.п. Лечебным средством при болезнях кожи в народной медицине издавна считался огонь, который иногда применялся для прижигания очагов поражения (Н. Запрянов, 1978). С профилактической целью и лечения заболеваний кожи существовало также много различных способов, основанных на суевериях (Л.И. Минько, 1971).

Излечение крестьянской девушкой-лекарем князя от «струпьев» описывается в «Сказании о Муромском князе Петре и девице Февронии» (X–XI веков). Сведения о кожных и венерических заболеваниях имеются в различных медицинских сборниках и трактатах X–XV веков. В первом памятнике древнерусской письменности — «Изборник Святослава» (1073 и 1076 гг.) — указывается на необходимость поддержания чистоты кожи путём омовений, на язвы рекомендовалось применять «помазание» зелием, маслом, накладывать «прилепы» (пластыри), «обязы» (перевязки). Аналогичные работы за время от XI до XVI столетия до нас не дошли, но имеются несомненные доказательства, что они существовали.

Ряд лечебников содержат медицинские сведения, проникшие в Россию из Западной Европы через переводную литературу, а также вместе с врачами, приезжавшими на Русь. Одним из наиболее ценных памятников культуры Киевской Руси является медицинское сочинение по гигиене, диететике и лечению различных болезней под названием «Алимма» (Мази), написанное на греческом языке в 30-х гг. XII века внучкой Владимира Мономаха — княжной Зоей Мстиславовной Епраксией Добродеей, которая была женой византийского царя Алексея Комнина (М.Н. Дитрих, 1904; Н.Ф. Высоцкий, 1908). В нем имеются главы «На паршивости головы», «О болезнях рта» и др. Наряду со сведениями о различных болезнях приводятся советы по уходу за телом, о банях, средствах от дурного запаха изо рта и для чистки зубов и т.д. Зоя Мстиславовна Евправксия Добродея была первой в мире женщиной, написавшей первый отечественный медицинский трактат

В 1954 г. профессор Б.Д. Петров, принимавший участие в работе 14-го Международного конгресса по истории медицины, посетил флорентийскую библиотеку и приобрёл фотокопию этого лечебника, которая теперь хранится в государственной библиотеке им. В.И. Ленина.

Глава «О составе мази на свербеж» входит в лечебник-сборник под названием «Реестр из дохторских наук, сочиненный 1204 г. Афанасием, архиепископом Холмогорским и Важеским». Сборник «Пчела» XII–XIII веков имеет разделы о болезнях кожи, посвященные «потницам» мла-

денцев, затвердению уд (частей тела), сухости кожи людей пожилого возраста. Там же отмечены целебные свойства меда для лечения гнойных язв — «Яко же мёд гнойные уды уедает...» (С.М. Громбах, 1953).

Методы лечения глубоких хронических язв кожи настоем полыни приведены в рукописи новгородской Софии XIV века.

В рукописи «Врата Аристотелевы» или «Тайная тайных», составленной из сочинений Моисея Маймонида (1135–1204) и арабского врача Ар-Рази (Разес, 852–932), отмечено, что «срамные болезни» проявляются на близких к половым органам местах, поэтому они названы также «сходными» («сход» — область ануса), сделаны также различные гигиенические предписания по уходу за кожей и высказывания о теоретическом и практическом врачевании. В Белозерских рукописях (1476), как свидетельствуют Е.Д. Ашурков и Л.А. Штейнлухт (1959), встречаются описания симптомов болезни, напоминающих проявления вторичного рецидивного сифилиса.

Монах Ефросим составил в XV веке несколько медицинских сочинений. В самом раннем из них — «Слово об исцелении болезней мирром» (1450–1470) — описан ритуал «самопомазания» в случае «болячки на срамных удах». В следующем по хронологии сборнике 1470–1490 гг. приводятся слова Кирилла Философа о том, что «пианство красоту лица изменяет», женщины для «белости и гладости тела» использовали «осоку Кедрову» с уксусом. Статья об окраске волос вошла в сборник 90-х гг. XV века.

Наиболее типичную и совершенную форму лечебной литературы тогда представляли энциклопедии или так называемые «веротограды».

В 1534 г. в Москве появляется трёхтомное сочинение на 2500 страницах «Благопрохладный Вертоград», переведенный с немецкого Тортус Санитас» (Сад здоровья) Николаем Булевым (Люев), содержащее сведения по терапии и описание лекарств древнего мира, в которое постепенно добавлялись элементы древнерусского врачевания и представляющего как бы энциклопедию медицины того времени.

«Благопрохладный вертоград» состоит из трёх частей: в первой части описываются травы и камни в алфавитном порядке, причём под каждым описанием следуют стихи с указанием болезней травм и третья части посвящены учению о моче и кровопускании.

В «Благопрохладном вертограде» имеется много латинских названий лекарств, приводятся ссылки на высказывания известных философов и выдающихся врачей: Аристотеля, Ивана Мазового, врача Моисея Египтянина и др. (Л.Я. Скороходов, 1926).

Наряду с народными воззрениями на различные болезни и способы их лечения в «Благопрохладном вертограде» имеются воззрения западноевропейской медицины и учения Гиппократа.

Русский лечебник №481, хранящийся в Синодальной библиотеке Московского Патриархата, также содержит много ценных сведений по

кожным и венерическим болезням. Для лечения язв кожи наиболее распространёнными средствами являлись овсяная мука, яичные белки и желтки, бобковое масло, оленье масло, воск, квасцы, трава земляничника, капустные, попутниковые и ольховые листья.

Для лечения «коросты», «струпа», «свербячек» и «шолудей» предлагалось свыше 20 рецептов из уксуса, ртути, серы, квасцов, селитры, купороса, смолы, нашатыря, вина, лука, чабреца, крапивы и др. (45). Тем, «у кого ногти сходят», накладывали серу с воском. Для чистоты и белизны кожи рекомендовали умываться отваром пшеничных отрубей, дынным рассолом, отваром бобов. В рецепты от угрей входили квасцы, липовый сок, крапивный корень и др. При «болячках», под которыми подразумевались различные кожные болезни, предлагалось свыше 10 сложных рецептов (Д.М. Российский, 1953).

В рукописных лечебниках собственного собрания В.Ф. Груздева (1946) имеется около 60 глав, посвященных кожным и венерическим болезням: «О лишаях», «У ково волос нет», «Почесуха или шолуди», «О коросте», «На ком свербёж», «Средство для истребления угрей», «О французской болезни», «Пластырь меркуриальный» и др.

В лечебнике 1666 г. есть ссылка на Авиценну, «мудреца в книгах в травах», Плиния, Диоскорида. В первом разделе этого лечебника говорится: «О испарении власов... о прыщах и о молях и о иных нечистотах», а в 28 разделе — «О коросте и прыщах со свербежью.

В «Книге, глаголемой Прохладный Вертоград», избранная от многих мудрецов о различных врачевских вещех ко здравию человеческому пристоящих» (1672) отмечено, что при «чирьях» целесообразно прикладывать хлеб в вишнёвом соку, пластырь с овсяной мукой; при выпадении волос — горчичное масло, отвар миндального масла и гвоздики в вине; при угрях — вытяжку из семени редьки; при язвах и потёртостях — масло гунбинной травы, при педикулёзе — ртуть (М.Ю. Лахтин, 1907).

Богатый опыт лечения кожных и венерических болезней накоплен в народной медицине первосёлов русского Севера XI–XVII веков (Н.А. Богоявленский, 1966). При различных кожных болезнях рудомётами выполнялось «стрекание» (акупунктура). При многих заболеваниях применяли «жжение» или «едно» — прижигание с тем, чтобы из образовавшийся язв сочились гной и сукровица якобы для «перемещения соков» в организме человека.

Прижигание кожи трутом, ватой, водорослями и другими растениями называлось «свечкой», «пальцем», «гвоздиком», «пяткой для жжения» (С.О. Смирнов, 1882). «Ставили заволоки», продёргивая под кожу шнурок или ленточку с помощью иглы, оставляя их для поддержания нагноения, усиливая его введением «жгучего камня» (состава из поташа и негашёной извести).

Для лечения отморожений наносили мазь из сгущёной еловой коры с мёдом и салом, настойку чернильных орешков, а для предупреждения

отморожений в кожу втирали ворвань. Для заживления язв применяли вытяжку из сырого языка соболя, мхи, мазь из свежей щучьей икры. При «язвах межи перстами от пешехождения» с успехом использовали коломенскую («коломянку»), при «коросте» — смолу из хвойных деревьев («серку»), «каменное масло» (сгустившуюся нефть в бассейне Ухты). С целью очищения прокажения на коже применяли желчь щуки и окуня.

Присыпки к язвам и ранам состояли из «пороха жжёной и коры берёзовой», растительного «ладана росного» и многих растений (Н.А. Богоявленский, 1947).

В сочинениях Георгия Амартола XIV–XV веков указывается, что баранья шерсть применялась в Южной Руси как перевязочный материал.

В новгородских и московских врачебниках XVI–XVII веков указывается, что вместо шерсти с этой целью применялись высушенные мицелии гриба — «губы дождевики», «кужель» (пакля льная или конопляная), «мох белой», собранный преимущественно «с деревьев благовонных», или ещё чаще — «всякие тафты ветчаныя» (ветхие), а также «платы», «убрусца» (полотенца) и т.п.

Высокое лечебное свойство русские лечцы отмечали от применения берёзового сока, что при пользовании им наступает столь желательное первичное натяжение — «та же вода свежия раны сеченыя заживляет и в место тело вводить». Берёзовый сок был одним из излюбленных средств лечения хирургических ран в допетровской Руси. Особенно горячо он рекомендовался «к ранам коя слиска и гной из нея сякнет» (М.Б. Мирский, 2000).

К. Шидровский (1884) рассматривает возможность использования порошкообразных средств (сахар, квасцы, мука, земля, зола и др.) при лечении свежих ран, — о том, что «здесь присутствовало понимание или стремление путём засорения разделенных тканей остановить кровотечение».

Народные целители экзему лечили мазью из равных частей пороха и свежих сливок, различные лишаи — дрожжами, деггем, керосином и др. Самым действенным из всех средств считалась смесь из пороха, дегтя, поваренной соли и чистотела. Лечение проводили в бане или перед ней. Вместо веника иногда использовали траву чистотела. Однако одежда больных соответствующей обработке не подвергалась. При педикулёзе применяли керосин.

Отечественными историками медицины и клиницистами убедительно показан самобытный характер русских лечебников, авторы которых помимо сведений из немецкой медицины широко использовали данные русской народной медицины. В этом литературном источнике в частности указано, что с целью предупреждения опрелости и дерматита у детей использовалось вяжущее действие чернильных орешков дубовых листьев: «Всё тело дитячье маслом помазати, сделанное из дубовых желудков, понеже то масло кожу твердити обороняет от прилучив-

шихся болезней, яко есть дым, стужа...». Наряду с этими рациональными методами существовали и магические предписания. Так, в Вертограде XVII века целебная сила приписывалась различным камням и минералам, например, белагиусу — от угрей, лазури — для роста волос (Н.И. Гусаков, 1993).

Из истории древней медицины известно применение драгоценных камней для лечения всевозможных болезней. Эти указания имеются и в других русских лечебниках, где есть особые главы о «камнях драгих».

«Алмаз блюдет от ран, обнаруживает окорм (отраву), покрываясь потом. Яхонт укрепляет сердце и уничтожает перхоть на голове. Изумруд оберегает от проказы, червлённый яхонт — от гневного возбуждения» и т.д.

В «Вертограде» («сад», «цветник») 1686 г., переведенном по указанию Ф.А. Бутурлина с польского языка на русский, имеется глава «О гнойных ранах и разных болезнях». К XVI веку относится известный литературный памятник «Домострой», написанный ещё во времена Ивана Грозного Сильвестром, а затем дополнявшийся и сохранивший своё значение вплоть до преобразований Петра I, перечисляются многие болезни, в том числе и «френчью», как тогда называли сифилис. В лечебнике 1588 г., переведённом с польского, приводится состав мазей (мальхов), содержащих ртуть, для лечения любострастных болезней.

В распространённых на Руси рукописных лечебниках упоминается «французская болезнь», «франки», «францы». В травниках и лечебниках XVIII века название французской болезни также встречается и, следовательно, нет никаких оснований считать, что сифилис был завезён в Россию в 1812 г., как утверждает Г.Ф. Груздев (1946). Наполеоновские войны лишь способствовали дальнейшему инфицированию русского войска во время пребывания за границей (Н.И. Гусаков, 1975).

Лечением сифилиса в России занимались так называемые чепучинные мастера (28). По мнению М. Соколовского (1954), это были не врачи, а персонал, соответствующий современным фельдшерам. Название «чепучинный» мастер или лекарь связано с тем, что они лечили сифилис «чепучинным корнем», привозимым в Россию из восточных стран, в частности, из Персии (Г.Н. Родзевич, 1887). Это был корень хины, с хинным деревом не имеющий ничего общего, применяем в виде декокта, сиропа как потогонное, мягчительное и болеутоляющее средство.

Первым чепучинного дела мастером при Аптекарском приказе был в 1667 г. Митрофан Петров, бывший ученик Аптекарского приказа. В 1669–1670 гг. чепучинными учениками и лекарями были его братья — Кирилл и Артемий.

Лечению «французских болячек» (сифилиса) посвящены более 20 рецептов. Назначались мази из ртути, киновари, яри, квасцов, камфары, травы киприцы и др. При осложнениях ртутная терапия «коли от зелия учнут десны и язык и горло болети» рекомендовалось полоскать рот отваром ольховой коры с медом, жженными квасцами с уксусом.

«Гвоздочками мортасана» (ляписа) и киноварью смазывали язвы на половых органах и высыпания в области ануса; при ночных болях «в берцех» (вероятно, проявлениях третичного сифилиса) применяли ртуть. При третичном сифилисе рекомендовали париться в бане с ветками хвоща полевого.

В рукописных источниках конца XVII – начала XVIII веков в этих случаях советовали «...терти пилою медь красную мелко и дати во рту ему, и но ртуть вся выйдет на ни с медью». Народные врачеватели заметили, что смазывание «мортосаном серебряным» (ляписом) в смеси с маслом «дирки водяной, еда из нея гной истекает» было эффективным (Н.И. Гусаков, 1975). Можно предположить, что речь в этом случае шла о гонорее. Мочевыводящий канал (уретру) в лечебниках называли «водяной диркой».

При помощи тростяной или полой бузинной палочки выполнялись спринцевания уретры — «кристиюм в водяную дирку, егда из мехуря гной сякнет или бородавици растут». Имеется в виду гнойные выделения из уретры и остроконечные кондиломы.

Термином «золотуха» в некоторых областях обозначали как проявления кожных заболеваний, так и сифилиса. Это подтверждает тот факт, что иногда при «золотухе» назначали киноварь, ртуть. При сифилисе проводили окуривание этими средствами; внутрь употребляли дегтярную воду, сулему, причем последнюю часто соединяли с настоем сассапарили, крепкой водкой, мышьяком. Знахари, как, например, Половников и Кашкина из Саратовской губернии, готовили для лечения сифилиса разнообразные лекарства внутрь и мази по сложным прописям.

Португалец Антонио Рибейра Санхец, служивший в России с 1731 по 1741 гг. на различных должностях, приводит в своей книге «О парных российских банях» подробное описание всех случаев, когда баня применяется в русском народном быту для лечения различных болезней. Имеется в ней указание на лечение баней и венерических болезней (глава IX).

Следует отметить, что внутреннее употребление сулемы в водке при сифилисе издавна применялись в Сибири. Оно было известно здесь прежде, чем Ван-Свитен начал его применять.

В русской народной медицине существовали такие нерациональные советы, как приём пива с мёдом при «золотухе», смазывание мокнущих высыпаний печной сажей, умывание заячьей кровью при угрях, обмывание «бородавиц во афендроне» (по-видимому, широких, а также остроконечных кондилом) «гуляфной водой» и др. (М.Ф. Демия, 1902).

В старинных рукописных лечебниках имеется много интересных данных по диетотерапии. Содержателен в этом отношении лечебник, составленный московским аптекарем Даниилом Гурчиным в начале XVIII века. В этом сборнике предлагается бессолевая пища при различных

воспалительных процессах, что составляет один из существенных элементов современной противовоспалительной диеты (И.В. Зархин, 1947).

В популярной книге древнерусской письменности «Киево-Печерском Патерике» (1770), также упоминается о гигиенических процедурах, диететике и лечению некоторых заболеваний кожи.

Русские медицинские рукописи XVI–XVIII веков не имели узкого педагогического предназначения. Ими пользовались лечцы монастырских и светских больниц, «атикари», «зельники». Они находили спрос у духовенства, купцов, посадских людей и являлись единственными хранителями медицинской теории и практики русского народа (Н.В. Слюнин, 1882). Ими пользовались многочисленные азбукновники, представляющие собой типичные энциклопедии того времени. Русская национальная медицинская терминология XVIII века если не всё, то многое восприняла именно из этих русских врачебников. Можно согласиться с мнением, что «...в чисто медицинском отношении лечебники можно назвать медицинскими энциклопедиями данной эпохи, т.к. помимо болезней и лекарств в них излагаются и способы их распознавания и т.д.» (М.Ю. Лахтин, 1907).

Лечебники начала XVIII века были передовыми для своего времени произведениями, о которых В.М. Флоринский (1880) писал: «это сочинения, переделанные с иностранных языков, носящие отпечаток медицинской школы или греко-римского периода или арабского с ссылками на авторитет Галена, Цельса, Авиценны. Эти сочинения представляют уже не лепет народной, медицинской поэзии, но стройную систему медицинского учения того времени». Такой могла быть поэма Одо из Мена «О свойствах трав» (XI век), содержащая описание более 100 лекарственных растений, применяющихся по настоящее время. Она содержит достижения античной медицины и народный опыт и является ценным памятником средневековой медицины (44). А также «Салернский кодекс здоровья» — наиболее известное произведение прославленного учёного средневековья Арнольда из Виллановы (ок. 1235–1311), составленного на базе трудов передовой медицинской школы Салерно. В нём содержатся сведения о питательных и целебных свойствах различных растений и плодов. В главе 67, в частности, говорится: «Соком от кресса волос задержать выпадение можно, сок этот силу имеет расправится с болью зубною, с мёдом намазанный вместе, от перхоти он исцеляет». Кроме этих научных медицинских сочинений, в Россию могли быть завезены и другие лечебники, травники и руководства по медицине Запада. Ценные сведения о кожных и венерических болезнях в народной медицине приведены и в записках научных путешествий по России XVIII века С.П. Крашенинникова (1775), С.Г. Гмеяина-младшего, И.И. Лепёхина (1782) и др. (32, 36, 52).

Этнографическим бюро князя В.Н. Тенишева был собран уникальный материал по народной медицине, доставлявшийся фельдшерами,

учителями, священниками, землевладельцами и отчасти самими кресьянами. Число таких сотрудников достигло в 23 губерниях до 350 человек. Собранные ими сведения приведены в труде Г. Попова (1903). Много целебных средств животного, растительного и минерального происхождения для лечения заболевания кожи приводится в первом отечественном руководстве «О накожных болезнях» (1865). Таким образом, в русской народной медицине издавна имелись обширные представления о кожных и венерических болезнях, их лечении, предупреждении; истоки отечественной дерматовенерологии запечатлены в сборниках, лечебниках, травниках, трудах целителей народной медицины.

Вопрос о взаимном влиянии и взаимопроникновении западноевропейской медицинской науки представляет большой научный интерес и ещё должен стать предметом специального научно-исторического исследования. Содержание рукописных источников медицинского содержания не ограничивалось описанием болезней и способом их лечения, также в них содержатся разнообразные сведения народных знаний о природе. Л.Ф. Змеев (1896) исследовал около 200 медицинских рукописей и привёл много интересных данных. Подобные исследования проводили В.М. Флоринский (1880), В.Ф. Демич (1902), В.Ф. Груздев (1946) и др.

В одном из лечебников, переведённых с польского в 1588 г., перечисляются мази, содержащие ртуть для лечения любострастной болезни (П.Н.Прохоров, 1899). В Соловецких «Патериках» XVI–XVII столетий имеются указания на венерические болезни у поморов, которые были завезены иностранными мореходами.

М.В. Борзов (1936) на основании обнаруженных при раскопках в Средней Азии сфероконических сосудов для ртути и анализа литературных данных пришёл к заключению, что сифилис в Средней Азии существовал до открытия Америки. Д.Г. Рохлин и А.Е. Рубашёва (1938) на основании рентгенопатологических исследований костных материалов утверждают, что сифилис в России существовал и раньше. Во всяком случае в конце XV – начале XVI столетий в Европе сложились условия для быстрого и широкого распространения сифилиса: «Достаточно было сифилису проникнуть в Россию, чтобы с большей силой развиться в ней, в особенности, при патриархальной невежественности наших предков XV столетия, при отсутствии гигиены, пособиях знахарей и колдунов и, наконец, к каре небесной», не говоря уже о социально-экономических причинах в России, способствовавших распространению болезней (М.Г. Кузнецов, 1871).

Ещё Петра I беспокоило распространение венерических болезней в стране. Известны его указы и распоряжения, направленные на борьбу с ними. Однако организованной лечебной помощи венерическим больным в первой половине XVIII века в России не было. Первые лечебные заведения для больных венерическими болезнями по своему характеру

граничили с тюремными и устраивались больше с исправительными, чем с лечебными целями. В 1718 г. в Петербурге был выстроен прядильный дом, получивший наименование Калинкинского и использовавшийся как исправительное заведение для женщин, занимавшихся проституцией. В 1762 г. в Петербурге была открыта Калинкинская секретная больница для лечения женщин, больных сифилисом.

О самостоятельном, независимом от Запада, пути развития отечественной дерматовенерологии свидетельствует серия докторских диссертаций и работ, о которых Л.Ф. Змеев писал, что «на наши диссертации можно смотреть как на вехи, указывающие на движение у нас научности» (26). В.А. Невский (1960), А.С. Чубарова и Л.И. Кочетова (1957) составили список диссертаций по венерологии и дерматологии, защищенных с 1736 по 1917 гг. В XVIII столетии они печатались на латинском языке и только со второй половины XIX века — на русском. Среди них можно назвать работы Фишера «О милиарной лихорадке, именуемой красной и белой сыпью» (начало XVIII столетия); С.Г. Зыбелина «О медицинских мылах», которую специалисты считают первой отечественной работой по дерматологии (54, 59); П.И. Погорецкого о лечении язв (1765); уроженца г. Ревеля Э.Г. Графа «О петехиях без лихорадки» (1777); Ф. Крейцера «О колтуне» (1777); Н.Я. Озерецкого «Об оригинальных методах лечения чесотки и кожных заболеваний» (1782–1786); Д.Я. Писчекова «Новый легчайший и безопаснейший способ лечения чесотки» (1784–1786) и др.

В конце XIX столетия с расцветом микробиологии начался этиологический этап развития дерматовенерологии, когда основные усилия учёных были направлены на поиски возбудителей различных кожных и венерических заболеваний. XX столетие явилось этапом экспериментально-клинического изучения внутренних закономерностей и патогенеза дерматозов на базе достижений нормальной и патологической физиологии.

Начиная с 80-х годов XVIII столетия, Медицинская коллегия поручала отдельным врачам подготовку сочинений и переводов на русский язык иностранных медицинских книг. Печатным первенцем медицинской литературы на русском языке может считаться официальное издание в 1719 г. «О морциальных водах объявление» (М.С. Громбах, 1953).

В 1762 г. архиятер Монзей издал специальную инструкцию, в которой указывалось на необходимость присылать в Медицинскую канцелярию свои научные работы. Намечалось также и издание «Записок докторов российских», в которых должны были печататься лучшие из присланных в Медицинскую коллегию работы. Перспектива публикации научных работ стимулировала научные исследования, и поступление научных сочинений русских врачей в Медицинскую коллегию сильно возросло. Однако Медицинская коллегия, состоявшая из реакцион-

ных иностранных медиков, даже не просматривала поступавшие сочинения русских врачей, многие из них были затеряны.

Почти все поступавшие рукописные научные труды русских врачей не были изданы до конца XVIII века. В 1793 г. в учёном архиве Медицинской коллегии находились 463 научные рукописные работы русских врачей. В 1805 г. Иван Виен на собственные средства издал сборник научных трудов русских врачей под названием «Observationes medico-chirurgorum Rutheni Imperii», куда вошли только 50 работ из числа поступивших в Медицинскую коллегию.

После ликвидации Медицинской коллегии её архив в 1803 г. был передан Медицинскому совету при министерстве внутренних дел и долгие годы оставался под спудом, и лишь в 1948 г. был обнаружен В.М. Корнеевым. В 1950 г. эти фонды были основательно пересмотрены Б.Н. Палкиным. Всего он обнаружил 1144 рукописные работы русских врачей, 36 из них посвящены сифилидологии. Н.И. Гусаков (1974) при изучении этих материалов обнаружил 68 рукописных сочинений русских врачей XVIII – начала XIX столетий, посвящённых сифилису, в том числе отчёты некоторых губерний, уездов и венерологических отделений больниц России.

Великие русские клиницисты М.Я. Мудров, И.Е. Дядьковский, Г.И. Захарьин и А.А. Остроумов оказали огромное влияние на формирование русской дерматологии, рассматривавшие кожные болезни в связи с заболеванием всего организма. В 1820 г. в клиническом институте при Московском университете в терапевтической клинике М.Я. Мудрова имелась специальная палата «для сыпей острых, как то: кори, оспы и прочих, и для сыпей холодных, как то лишаев, чесотки, болезней венерических и пр.». В своих лекциях Мудров неустанно подчёркивал огромное значение хорошо и вдумчиво собранного анамнеза и обстоятельного обследования больного, указывал на необходимость «обращать внимание на кожу, сухость её и влажность, теплоту и холод, цвет и сыпи».

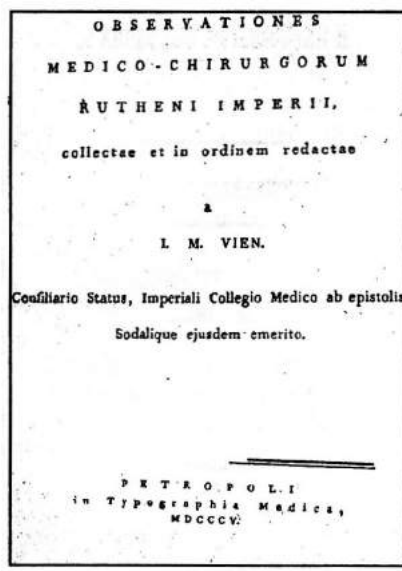
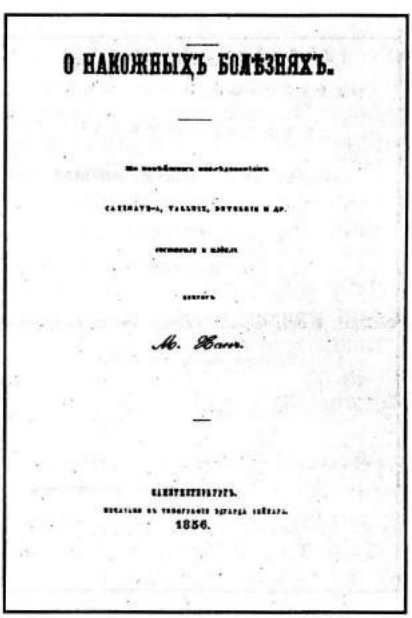

OBSERVATIONES
MEDICO-CHIRURGORUM
RUTHENI IMPERII,
collectae et in ordinem redactae
a
L. M. VIEN.
Consiliario Status, Imperiali Collegio Medico ab epistolis,
Sodalique ejusdem emerito.
PETROPOLI
in Typographia Medica,
MDCCCV.

Рис. 2. **Титульный лист сборника научных трудов, изданного И.И. Виеном**

В 1811 г. в Вильнюсе Е.В. Вердерамо защитил докторскую диссертацию «О профилактическом применении ртути при лечении сифи-

лиса», а профессор Виленской медицинской академии А. Римкевич в 1816 г., т.е. раньше Ф. Рикора, указал, что сифилис и гонорея — разные болезни. В 1817 г. в Московском университете защищена диссертация Г.А. Зекера «De lue insoulium», а в 1823 — диссертация П.Ф. Горянинова «Theori syphilidis ejusgue therapie universae compedium».

17 декабря 1824 г. в Москве защищена диссертация С.А. Тер-Гукасова «De lue venerea», написанная на латинском языке и хранящаяся в библиотеке им. М.Е. Салтыкова-Щедрина в Санкт-Петербурге по настоящее время (М.Е. Миракян, 1985). С.А. Тер-Гукасов учился на медицинском факультете Московского университета с 1820 по 1823 гг., по окончании которого был оставлен для дальнейшего усовершенствования. В своей диссертации С.А. Тер-Гукасов указывал на древность сифилиса в Европе, причины быстрого распространения которого в европейских и других странах он видел в войнах и миграции населения. Он отрицал теорию трансформации тропических заболеваний и проказы в сифилис. Тер-Гукасов утверждал также, что возбудитель сифилиса является своеобразным живым существом, поражающим человека. Заражение происходит половым путём, а также при тесном бытовом контакте; заболевание имеет местные и универсальные проявления. На основании клинических наблюдений Тер-Гукасов пытался решить вопрос о возбудителе сифилиса: при сифилисе лечение ртутью эффективно, а при гонорее — нет, следовательно, возбудители этих заболеваний различны. Он перечисляет все препараты ртути, применявшиеся в то время, говорит о хорошей эффективности раствора сулемы для лечения сифилиса, о применении препаратов ртути для лечения сифилиса в России раньше западноевропейских сифилидологов.


О НАКОЖНЫХЪ БОЛѢЗНЯХЪ.

1856.

Рис. 3. **Титульный лист первого издания... в России (1856)**

Симптоматология и лечение сифилиса были опубликованы в Грузии Д. Багратиони в книге «Рецептура» (1811) и П. Клапитоновым в книге «Краткий кабардин» (1836).

Если на протяжении всего XVIII века было напечатано только 10 руководств по венерическим болезням, то лишь за одну первую половину XIX века таких книг издано более десятка. В 1800 г. М. Воронов

перевёл с английского языка сочинение Фалка «Трактат о венерических болезнях». В 1802 г. в Москве в университетской типографии лекарем М. Бруннером был издан на русском языке перевод немецкого сочинения «О любострастных болезнях» доктора Иоганна Фридерика Фрице. В ней любострастные болезни разделены на два класса: на местные венерические припадки и на всеобщую любострастную болезнь, которая всегда бывает последователем местных припадков.

В сочинении говорилось также, что «любострастный яд» переходит от одного человека к другому только через соприкосновение, что заражения через воздух не бывает. Автор сочинения неправильно отрицал заражение через деторождение; он считал, что матери только тогда заражают детей, когда на половых органах имеются явления болезни. Наряду с этим перечисляется ряд обстоятельств, способствующих распространению болезни, которыми являются сношения в пьяном состоянии, повторные сношения, несоблюдение чистоты тела, одежды.

В 1805 г. была переиздана книга Фалка «Трактат о венерических болезнях» в переводе И.Воронова. В 1807 г. появилось «Наставление, руководящее к предупреждению армейских и любострастных болезней и сохранению здравия военнослужащих», переведённое с французского И.С. Андреевским. В 1808 г. напечатана работа «О болезнях от любострастного яда происходящих» в двух частях.

Кроме специальных руководств, венерические болезни освещались в общих медицинских учебниках. В 1812 г. вышла книга А. Масленникова «Ручная книжка или кратчайшее описание всех болезней как наружных, так и внутренних...», в которой упоминается о венерических заболеваниях. Они описываются также в «Опыте системы практической медицины» П. Чаруковского (1833).

В 1813 г. А. Флёров перевёл сочинение Сведиора «О любострастных болезнях» и для издания направил её в Медицинский совет, но вскоре у него появились дополнения к переводу и он попросил выслать её обратно. 18 февраля 1814 г. А. Флёров просил рассмотреть переведённое и дополненное им сочинение, дальнейшая судьба которого так и осталась неизвестной[1].

В 1816 г. вышла книга Ф. Удена «Академические чтения о хронических болезнях», в которой специальный раздел посвящен «любострастной болезни». В 1819 г. издано на русском языке «Наставление об употреблении предохранительных лекарств» Ф.И. Шпегеля, в 1820 — «Описание припадков любострастной болезни» Л.В. Ланьо, в 1829 г. — «Практическое описание накожных болезней», к которому переводчик О.Ф. Каманский добавил раздел о венерических болезнях (П. Крестовский, 1898). Кроме того, было опубликовано несколько статей по диагностике и лечению венерических болезней, в частности, в 1827 г. —

[1] ЦГИАЛ, ф. 1294, оп. 1, св. 60, д. 5

И.Я. Белинского «Средство против застарелой сифилитической болезни», в 1840 г. — А.П. Алышевского «Накожный способ лечения сифилитической болезни» и другие. В 1843 г. появилась книга Сен-Жерве Жирало «О распространении и лечении сифилитической болезни во всех её видах». К сожалению, не был опубликован большой «Трактат о сифилитической болезни» на 1000 листах, написанный в 1842 г. врачом В.И. Орловым (Л.Ф. Змеев, 1886). Судьба этого сочинения так и осталась неизвестной.

Выдающийся русский хирург Н.И. Пирогов, ещё будучи в Дерпте, занимался изучением и лечением сифилиса. В первом томе «Анналы Дерптской клиники» (1834) Н.И. Пирогова помещена статья о венерических язвах и их лечении. В «Анналах хирургической клиники» за 1837 г. он опубликовал статью «Сифилитические язвы». Н.И. Пирогов рекомендовал открыть бесплатные больницы для больных сифилисом, применять предохранительные средства, распространять в народе правильные представления о болезни, бороться со знахарством.

В 1856 г. было издано первое на русском языке руководство по дерматологии «О накожных болезнях», которое «по новейшим исследованиям Cazenave-a, Valleix, Devergie и других составил и издал доктор М. Хан в Санкт-Петербурге». Автор описывает «влажную прыщевую сыпь» (Impetigo), «подбородочную проказу» (Varus mentagra), «пупырчатые моховидные лишаи» (Lichen), «слоновую проказу» (Elephantiasis Graecorum), «чешуйчатую проказу» (Lepra), «арабскую слоновую проказу» (Elephantiasis Arabum), «миланскую проказу» (Pellagra), «краснушки» (Roseola) и т.д. Хотя это руководство компилятивное, в нём приведены также некоторые способы лечения, которые автор «имел случай видеть в клинике профессора Пирогова».

До второй половины XIX столетия в России кожные болезни являлись составной частью хирургии и терапии, изучение которых находилось в печальном состоянии. Однако исследования русских врачей по дерматологии и сифилидологии велись по оригинальным направлениям и стали ценным вкладом в отечественную медицинскую науку. Они изучали кожные болезни, исходя из идей целостного организма, связывая изменения кожи с расстройством других органов и систем, и возражали против одностороннего «минералогического или ботанического подхода к ним».

Во второй половине XIX века развитие медицинского дела в России значительно продвинулось. Было положено начало высшему медицинскому образованию. Имелись достижения в развитии наших госпиталей. Возникли первые гражданские больницы. Большое влияние на развитие медицинской науки в России оказал М.В. Ломоносов. Его последователями были виднейший представитель терапии С.Г. Зыбелин, основоположник русского акушерства Н. Максимович-Амбодик, крупный русский эпидемиолог Д.С. Самойлович.

В целях ограничения распространения венерических болезней в 1843 г. в Петербурге был организован врачебно-полицейский комитет. По этим же причинам были приняты меры по расширению и некоторому благоустройству Калинкинской больницы, которая сыграла большую роль в развитии дерматологии и венерологии в нашей стране. Калинкинская больница возникла на месте предшествовавшего прядильного дома, построенного по приказу Петра I на месте финской деревни Калинка, и использовалась в основном для изоляции проституток.

В 1846 г. русский врач, ординатор Петропавловской больницы Фёдор Кох издал в Петербурге работу «Сифилитическая болезнь, представленная в историческом, патологическом и терапевтическом отношениях». Двумя годами раньше в морском кронштадтском госпитале Г. Круссель начал проводить лечение гальваническим током сифилитических и гангренозных язв, а в 1846 г., т.е. на 6–7 лет раньше Миддельдорифа, ввёл в практику гальванокаустику.

В 1859 г. в Лейпциге была издана на русском и немецком языках работа по сифилису профессора Х.Я. Гюббенета «Наблюдения при экспериментальном сифилисе». Стремясь доказать заразительность вторичных проявлений сифилиса, Х.Я. Гюббенет производил недопустимые опыты на здоровых людях, по поводу чего В.В. Вересаев (1902) справедливо возмущался: «Непонятно, почему в таком случае профессор Гюббенет не привил сифилис себе? Или, может быть, это было бы слишком «дорого» даже и для человечества?»

В 1857 г. вышло «Руководство к изучению и лечению сифилитической болезни» П.П. Заблоцкого-Десятовского, представлявшее собой критическую переработку научных трудов зарубежных врачей с добавлениями автора, который, в частности, предложил свой метод операции фимоза. П.П. Заблоцкий-Десятовский писал: «Я не во всём слепо следую современным знаменитостям в сифилидологии — Рикору, Казенаву, Видалю, Боме, Валлеру: без проверки фактов и без полного убеждения в их истине я ничего не предлагаю за положительное». Это говорит о том, что передовые русские врачи критически относились к науке Запада, а не слепо следовали её примерам. Автор подробно описал течение сифилиса. Начальная стадия болезни характеризуется появлением шанкра через 7–9 дней или 2–3 недели от момента заражения, а признаки общего заболевания развиваются чаще после полного заживления первоначальных язв, реже во время их существования, т.е. через 6–8 недель после заражения. К первым проявлениям он относил бубон; к проявлениям общего заболевания: лихорадку, общее недомогание, наружные проявления в виде сыпей, поражений зева, глотки, миндалин, твёрдого неба, желез, носовых отверстий; позднее — кондиломы и трещины у заднего прохода, в углах рта, язв между пальцами ног, у корня языка, выпадение волос; а высшая степень болезни — в виде сильных ночных болей в костях, воспаления надкостницы, костей.

Для лечения сифилиса он считал достаточным соблюдение строгой диеты и местных средств. Общая венерическая болезнь, по его представлению, может развиваться после всякого шанкра (простого, возвышенного, отверделого, гунтеровского, разъедающего), хотя, П.П. Заблоцкий-Десятовский и оговаривался, что при разъедающем (очевидно, мягком) шанкре болезнь большей частью ограничивается местным проявлением, без последующих общих явлений.

В 1884 г. в «Записках по части врачебных наук императорской Петербургской медико-хирургической академии» доктор Кастельно выступил против прививок венерической болезни здоровым для изучения клиники сифилиса.

Как известно, ещё в 1874 г. одесский врач М.С. Розенблюм, на 40 лет раньше австрийца Вагнер-Ярен, успешно лечил прогрессивный паралич прививкой возвратного тифа, за что в 1927 г. Вагнер-Ярен был удостоен Нобелевской премии. Однако ещё в 1858 г. Ю. Лукомский опубликовал статью «О лечении сифилитической болезни посредством вакцинации, т.е. посредством прививания яда коровьей оспы». Ю. Лукомский оказался, таким образом, пионером неспецифической лихорадочной терапии сифилиса. В 1906 г. М.А. Членов впервые в эксперименте на кроликах применил пиротерапию сифилиса. Тепловые процедуры для лечения сифилиса позднее рекомендовали М. Уссас, Ф. Фишер, П.Я. Калашников, А.Д. Степанов и др.

Ведущую роль в развитии прогрессивного направления отечественной дерматологии сыграл С.П. Боткин. В своё время он посвятил одну из своих лекций рефлекторным явлениям в сосудах кожи и рефлекторному поту. Одна из его лекций посвящена сифилису печени. Впервые в России применив лабораторно-экспериментальный метод в обследовании больного, Боткин не увлёкся механической оценкой полученных результатов, но, поставив на первое место нервную систему, разработал свою неврогенную теорию патогенеза многих заболеваний. Его ученик А.Г. Полотебнов (1838–1907) перенёс воззрения Боткина в науку о кожных болезнях и стал основателем научной дерматологии в России. Полотебнов подверг резкой критике локалистическое и метафизическое направление западноевропейских дерматологических школ. Ещё будучи студентом, Полотебнов выполнил под руководством Боткина научную работу о действии ртутных препаратов. После окончания университета А.Г. Полотебнов в клинике С.П. Боткина и в течение 3 лет выполнил под его руководством докторскую диссертацию «Склероз артериальной системы как причина последовательного старения сердца». Затем А.Г. Полотебнов был послан в научную командировку на два года С.П. Боткин отметил также отсутствие в академии преподавателя по кожным болезням и высказал уверенность, что после 2–3 лет работы из Полотебнова разовьётся полезный специалист по кожным болезням. Побывав в лучших заграничных клиниках, Полотебнов, анализируя взгля-



Рис. 4. **Группа профессоров Военно-медицинской Академии (в верхнем ряду слева стоит А.Г. Полотебнов)**

ды и направления наиболее известных зарубежных специалистов, пришёл к выводу, что в дерматологии господствует односторонний «минералогический или ботанический» метод исследования, при котором всё внимание исследователей обращено на данную сыпь и её морфологические особенности, изучение которых якобы даёт возможность не только поставить правильный диагноз болезни, но и уяснить сущность её. В то же время совершенно игнорируется изучение организма больного в целом; изучается больная кожа, а не больной человек. Своё новое направление, основные положения которого Полотебнов подробно осветил в сборнике «Дерматологические исследования из клиники профессора А.Г. Полотебнова» (в. 1–2, СПБ, 1886–1887), уже за короткое время принесло самые осязательные результаты и нашло у нас на родине многочисленных и талантливых последователей. С той поры отечественные дерматологи, прочно встав на позиции функционального, физиологического и патофизиологического направления, успешно создавали и развивали передовую, прогрессивную русскую дерматологию.

Необходимо напомнить, что А.Г. Полотебнов опубликовал первую в России монографию по медицинской бактериологии «Растительные организмы как причина заразных болезней» (1871), где он высказал весьма ценную и важную мысль о ведущей роли макроорганизма в развитии патологического процесса. В 1871 г. он опубликовал статью

«Об отношении бактерий к зелёному кистовику», а в 1872 г. в «Медицинском вестнике» поместил работу «Патологическое значение плесени», в которой изложил свои знаменитые исследования по лечению язв перевязками с плесенью Penicillium. Уместно отметить, что изучение действия зелёной плесени на кожу проводили В.А. Манасеин (1871) и П.В. Лебединский (1877) задолго до Флеминга (1928). Сообщалось также о возможности применения антибиотиков в медицине, в частности, и при лечении сифилиса, что и сделали впервые в клинике в 1943 г. американские врачи Mahoney, Arnold и Harris.

У А.Г. Полотебнова, как у основателя русской дерматологической школы, были особые требования к тем, кто хотел поставить основы дерматовенерологической науки. Он считал, что для успешной работы в дерматологии и венерологии молодые врачи должны не менее трёх лет поработать в клиниках внутренних и нервных болезней. Это и понятно, так как сам Полотебнов был в своё время ассистентом известного учёного, основателя отечественной школы терапевтов, его учителя С.П. Боткина.

Таким образом, приходившие в клинику молодые специалисты, будущие дерматовенерологи, уже хорошо ориентировались в клинической медицинской практике, могли правильно обследовать больных, установить диагноз, проводить дифференциальную диагностику и искусно лечить внутренние и неврологические болезни. Поэтому считается, что хорошим специалистом дерматовенерологии может быть тот врач, который знает основные положения внутренней медицины и умеет их правильно применять в своей практике.

Научные положения А.Г. Полотебнова явились руководящими для дальнейшего развития отечественной дерматовенерологии. Вокруг Полотебнова в Петербурге сформировалась самобытная школа дерматовенерологов, которая нашла своё блестящее развитие, где выросли выдающиеся учёные, такие как Т.П. Павлов, М.И. Стуковенков, В.М. Тарновский, В.В. Иванов, И.Ф. Зеленев, О.Н. Подвысоцкая и др. Становление Петербургской дерматовенерологической школы тесно связано с Военно-медицинской академией. О ярких представителях Петербургской (Ленинградской) научной школы дерматовенерологов написаны монографии: «А.Г. Полотебнов» (1955), «В.М. Тарновский» (1966), «Т.П. Павлов и его научная школа» (1962) и другие.

К концу XIX столетия, с расцветом микробиологии, начался этиологический этап развития дерматовенерологии, когда основные усилия учёных были направлены на поиски возбудителей различных кожных и венерических заболеваний. В начале XX столетия началось изучение экспериментально-клинических закономерностей и патогенеза дерматозов на базе успехов и достижений нормальной и патологической физиологии. К этому времени отечественные дерматологи сделали следующие открытия. Так, И.В. Годнев (1878) экспериментально дока-

зал, что солнечные лучи глубоко проникают в кожу; А.Н. Маклаков (1884) предсказал широкое будущее светолечению, а Н.А. Вельяминов (1899) раскрыл механизм его терапевтического действия; Е.М. Степанову (1893) удалось заразить морскую свинку риносклеромой; С. Истаманов и Аскипьянц (1897) первые выделили культуру стрептобацилл мягкого шанкра и т.д. (Н.И. Гусаков, 1993).

Необходимо также отметить, что на развитие научной школы дерматовенерологов Петербурга положительное влияние оказали научные исследования, проводимые в институте экспериментальной медицины (ИЭМ). Институт был создан 8 декабря 1890 г. на средства принца А.П. Ольдербургского на базе петербургской пастеровской станции и состоял из многих отделов, возглавляемых известными русскими учёными. Первым директором института был Э.Ф. Шперк, он же был и заведующим сифилидологического отделения этого института. Шперк (1890–1894) был выдающимся сифилидологом и проводил опыты заражения сифилисом на обезьянах различных пород. Первые попытки воспроизведения сифилиса на 36 животных (из них 28 обезьян) были неудачны.

Во время поездки в Париж в ноябре 1886 г. Х.И. Гельман, Э.Ф. Шперк и попечитель станции А.П. Ольденбургский обсуждали с Пастером и этот вопрос. Шперк попытался применить комбинацию сифилитического вируса с другими — вакцину, которая, по его мнению, могла понизить иммунитет обезьяны. Он получил интересные данные о развитии вакцины у обезьян, например, у них были более крупная инфильтрация кожи и более мелкие пустулы, чем у коров. Но попытка получить сифилис у животных (18 обезьян, 1 телёнка и 2 молочных поросят) не была успешной из-за большой летальности животных. В опытах, поставленных в начале 1888 г., на месте инокуляции у обезьяны появилась язва, сходная с твёрдым шанкром. Э.Ф. Шперку удалось даже заразить от этой обезьяны другую. Эти исследования приводятся во многих работах по экспериментальному сифилису — Н.М. Овчинникова, П. Оганесяна и др.



Рис. 5. **Э.Ф. Шперк (1837–1894)**

Все работы Шперка остались незавершёнными, однако результаты его исследований были посмер-

тно опубликованы во Франции в виде «Compte rendus sur les inoculation faites la station pour traitment preventif de la rage dapre la methode de Pasteur au regimeht de chevalliers — gardes» (1896).

Касались они вопросов экспериментального сифилиса, оспенной вакцины и некоторых общих вопросов. Все свои опыты Шперк проводил по следующим направлениям: 1) инокуляция сифилиса животным; 2) инокуляция оспенной вакцины животным; 3) одновременная инокуляция сифилиса и вакцины; 4) инокуляция животным крови вакцинированных телят; 5) инокуляция животным кровяной сыворотки и молока вакцинированных телят; 6) инокуляция телятам крови гуся.

После возвращения из Индии в Институте экспериментальной медицины работал знаменитый микробиолог и эпидемиолог Д.К. Заболотный (1866–1929). Здесь он начал проводить опыты по изучению экспериментального сифилиса на обезьянах, здесь же Д.К. Заболотный обнаружил бледную спирохету на два года раньше проведённых исследований Шаудином и Гоффманом, но не решился опубликовать свои исследования. В ноябре 1906 г. Заболотный был назначен заведующим лабораторией по экспериментальной сифилидологии ИЭМ «с сохранением в служебном отношении прежних положений по званию исполняющего помощника зав. отделением общей микробиологии». Д.К. Заболотный, наряду с И.И. Мечниковым и Ру, Шаудином и Гоффманом, является одним из создателей современного учения об этиологии и патогенезе сифилиса.

В 1903 г. И.И. Мечников доказал восприимчивость к сифилису, привитого не только от человека шимпанзе, но и от шимпанзе другому шимпанзе. Получение экспериментальной модели сифилиса дало возможность И.И. Мечникову заняться изысканием применения вакцинации и серотерапии сифилиса.



Рис. 6. **И.И. Мечников и Э. Ру — основоположники эксперементальной сифидологии**

В 1905 г. к И.И. Мечникову как к крупнейшему микробиологу обратились Ф. Шаудин и Гоффман с просьбой подтвердить сделанное ими открытие. Тщательно изучив присланные мазки, И.И. Мечников дал им своё подтверждение. Исследования И.И. Мечникова показали, что возбудитель сифилиса захватывается малоподвижными мононуклеарными фагоцитами и остаётся на месте внедрения, поэтому быстро начатое местное лечение приводит к излечению. Для та-

кого предупредительного лечения Мечников применил несколько различных ртутных препаратов и остановился на мази как наиболее надежной, состоящей из 10 частей каломеля и 20 частей ланолина, которую рекомендовал втирать в течение 5 минут в место инокуляции, если с момента заражения не прошло более 24 часов.

После этого «мазь Мечникова» как средство личной профилактики получила всемирное признание. Исследование экспериментальной сифилидологии и предложение личной профилактики сифилиса навсегда оставили имя И.И. Мечникова в истории отечественной и мировой сифилидологии.

Помимо приведённых выше многочисленных примеров, укажем, что не Левин (Lewin), а Н.В. Коноплёв (1886) первый ввёл в практику метод лечения сифилиса инъекциями препаратов ртути, Г.М. Смирнов (1886) и П.Н. Прохоров (1887) являются пионерами массовой терапии сифилиса. А.И. Лянц (1895) выяснил механизм развития стоматита, возникающего при введении в организм препаратов ртути и т.д.

Новую эру в лечении сифилиса начал известный немецкий врач и исследователь Поль Эрлих в 1910 г. после испытаний 606 различных коллоидных концентраций мышьяка, когда и получил препарат сальварсан (арсенамин) для лечения сифилиса. Своими исследованиями Эрлих заложил основы современной химиотерапии.

В 1906 г. немецкий учёный A.Wasserman совместно с Neisser и Bemek предложил реакцию, носящую и поныне его имя. Введение реакции Вассермана в сифилидологическую практику позволило, несмотря на её несовершенство, понять и изучить ряд сложных вопросов патологии сифилиса, в частности, врождённого и скрытого, а также способствовало обогащению практического врача ценными диагностическими и прогностическим методам исследования в его повседневной работе.

В 1949 г. американские врачи Nelson и Mayer предложили принципиально новую серологическую реакцию иммобилизации бледных трипонем, имеющую важное значение для распознавания ложноположительных серологических реакций.

Значительна роль основоположника отечественной венерологии профессора В.М. Тарновского (1837–1906). В 1871 г. он добился учреждения самостоятельной кафедры сифилидологии в Медико-хирургической академии, и преподавание сифилидологии таким образом было отделено от кафедры хирургии.

В 1869 г. впервые были организованы самостоятельные кафедры кожных болезней в Медико-хирургической академии в Петербурге и на медицинском факультете Московского и Варшавского университетов. В дальнейшем такие кафедры были организованы в Киевском, Харьковском и других университетах России. М.И. Стуковенков (1842–1897), ученик А.Г. Полотебнова, возглавил кафедру кожных болезней в Киеве. Его талантливый ученик П.В. Никольский (1858–1940) проводил идеи

целостности организма, подчёркивая роль нервно-трофических факторов в этиологии и патологии различных дерматозов.

Московская дерматовенерологическая научная школа как научное направление возникла в середине прошлого столетия и её становление тесно связано с медицинским факультетом Московского университета (1765). Развитие московской научной школы дерматовенерологов шло несколько отлично от петербургской по ряду объективных обстоятельств. В Москве развитие научной школы дерматовенерологов связано с Московским университетом, где ещё в 1808–1830 гг. заведующий кафедрой частной патологии и терапии внутренних болезней медицинского факультета известный русский учёный М.Я. Мудров преподавал азы дерматовенерологии, на своих лекциях демонстрировал больных кожными и венерическими болезнями. Известно, что студенты медицинского факультета посещали московский военный госпиталь, где находились на лечении больные сифилисом. Преемник М.Я. Мудрова — профессор И.Е. Дядьковский — читал лекции по дерматовенерологии. Заведующий терапевтической клиникой МГУ Н.С. Топоров вёл занятия по сифилидологии. Кожные и венерические болезни на медицинском факультете МГУ преподавали профессора К.Я. Млодзиевский, П.Н. Матчерский, М.П. Черинов и другие. Заметный след в развитии московской научной школы дерматовенерологов оставил заведующий кафедрой факультетской терапии МГУ профессор Г.А. Захарьин. Будучи блестящим клиницистом и учёным, обогатившим науку ценными открытиями и обобщениями, Г.А. Захарьин читал лекции по венерическим болезням, а в своей терапевтической клинике имел 4 койки для больных сифилисом. В госпитальной терапевтической клинике этим занимался В.И. Ельцинский. Определённый вклад в развитие московской дерматовенерологической школы внёс и известный хирург И.П. Матюшенков; на 3 курсе медицинского факультета он читал лекции по дерматовенерологии.

Заведующий кафедрой патологической анатомии Киевского университета Г.Н. Минх положил начало научному изучению эпидемиологии лепры и сделал неоценимый вклад в лепрологию.

После 1869 г., когда были организованы кафедры дерматовенерологии, в Москве стала формироваться московская научная школа дерматовенерологов, яркие представители которой Д.Н. Найдёнов и Н.П.Мансуров создали благоприятные предпосылки к строительству специального здания для кафедры и клиники кожных и венерических болезней медицинского факультета МГУ, строительство которого закончилось в 1895 г., когда кафедру возглавил известный русский учёный А.И. Поспелов (1846–1916). По его инициативе было организовано Московское научное общество дерматовенерологов. А.И. Поспелов защитил докторскую диссертацию на тему «Лечение сифилиса подкожными впрыскиваниями сублимата» (1874) и первым ввёл в терапию сифилиса препараты мышьяка в виде подкожных инъекций. О Поспелове написано

несколько очерков и книга, много ценной информации об этом самобытном учёном имеется в материалах кафедры кожных и венерических болезней Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова. Однако у А.И. Поспелова были предшественники, которые заложили основы создания школы. Среди них были не только учёные, но и практические врачи, внёсшие достойный вклад в развитие этой самобытной и оригинальной научной школы. Вначале она располагалась на базе медицинского факультета МГУ и была приурочена к клинике кожных болезней, где заседало московское научное общество дерматовенерологов, готовились кадры специалистов, читались лекции, проводились консультации больных.

Профессор, доктор медицины Н.П. Мансуров в 1862 г. читал курс дерматовенерологии; первая его лекция состоялась 17 января 1864 г. Очевидно, эта дата и является официальной для оформления московской научной школы дерматовенерологов. Клиника размещалась в неприспособленных палатах бывшей Ново-Екатерининской больницы и имела всего 30 коек (24 — для больных сифилисом и 6 — для страдающих кожными заболеваниями). В 1853 г. это отделение было переведено в дом Бекетова на Мясницкой улице.

Перу Мансурова принадлежит первое русское руководство «Накожные болезни», издававшееся отдельными выпусками с 1863 г. в течение почти 10 лет и содержавшее до 2000 страниц текста, а также «Клинические сборники по дерматологии и сифилидологии», иллюстрированные хорошими фотоснимками, и ряд других работ.

Профессор Д.Н. Найдёнов также начал свою деятельность в дерматовенерологии приватдоцентом на медицинском факультете МГУ. Усилиями и заботами Мансурова и Найдёнова в последующем было начато строительство на Девичьем поле специального здания для клиники и кафедры кожных и венерических болезней медицинского факультета МГУ. Деньги для строительства в сумме 200 000 рублей дал известный ме-



Рис. 7. **Проф. А.И. Поспелов (1846–1916)**

ценат, владелец Петровского Пассажа Н.Д. Солодовников, дочь которого лечилась в кожной клинике МГУ. Однако достраивать здание, требовавшее всё больших и больших затрат, пришлось при отделочных работах и оборудовании палат и лабораторий профессору А.И. Поспелову, заведовавшему этой кафедрой с 1892 по 1910 гг. Строительство кожной клиники закончилось в 1895 г.

В 1874 г. после защиты докторской диссертации А.И. Поспелов был приглашён консультантом в Мясницкую больницу, которую возглавил в 1878 г. В 1893 г., после смерти Д.Н. Найдёнова, Поспелов возглавил кафедру, которая два года спустя была переведена в новое здание.

В 1903 г. Мясницкая больница насчитывала 400 коек (215 — для проституток, больных сифилисом) и являлась не только одним из первых, но и крупнейшим венерологическим учреждением России. С 1911 г. на базе этой больницы была создана клиника кожных и венерических болезней Высших женских медицинских курсов.

Яркими представителями в начальном периоде развития московской научной школы дерматовенерологов, кроме А.И. Поспелова, были профессора: Г.И. Мещерский, С.Л. Богров, М.А. Членов, Н.А. Черногубов, Е.С. Главче, Ф.Н. Гринчар, Р.М. Фронштейн, Н.С. Ведров и другие.

Таким образом, развитие отечественной научной школы дерматовенерологов тесно связано с Петербургским и Московским университетами. В архивах кафедр хирургии и терапии университетов мы находим свидетельства о том, что выдающийся хирург Н.И. Пирогов в Дерптском университете в 1834 г. преподавал сифилидологию; в его клинике была специальная палата для больных сифилисом, которых для целей преподавания венерологии студентам демонстрировали на лекциях и практических занятиях. Информация об этом имеется в первом томе «Анналов Дерптской клиники», где помещена статья о гуммозных язвах и их лечении. В Петербурге известный хирург П.П. Заблоцкий-Десятовский читал в 1842–1869 гг. курс венерологии в медико-хирургической академии, он же был автором оригинального «Руководства к изучению и лечению сифилитической болезни» (1857), удостоенного премией в сумме 2500 рублей. Интересно, что после выхода в отставку по выслуге лет он занялся только венерологией. Известно, что он родился в Киевской губернии в 1816 г. В 1835 г. окончил Московский университет со званием лекаря; в 1839 г. защитил диссертацию на звание доктора медицины; в 1842 г. был избран адъюнкт-профессором теоретической хирургии Медико-хирургической академии; в 1852 г. стал профессором кафедры хирургии и офтальмологии; в 1869 г. — профессором судебной медицины. В 1869 г. П.П. Заблоцкий-Десятовский оставил преподавание и работал в должности заведующего венерологической клиникой, где под его руководством с 1862 г. работал тогда ещё молодой основатель отечественной школы сифилидологов и русского сифилидологического общества В.М. Тарновский. Это является явным доказательством того,

что между русскими медицинскими школами Москвы и Петербурга существовали тесные связи ещё до организации специальных кафедр кожных и венерических болезней.

В Петербургской медико-хирургической академии, основанной в 1789 г., кафедры кожных и венерических болезней были объявлены лишь в 1869 г. До этого времени фармаколог Г.К. Кулаковский сначала читал курс кожных болезней и сифилиса, затем в 1842 г. передал преподавание сифилиса хирургу П.П. Заблоцкому-Десятовскому.

С сентября 1869 г. ассистентом к нему был назначен И.А. Маев, а во главе «сыпного отделения» встал медико-хирург И.С. Щеглов.

Согласно постановлению конференции академии от 15 ноября 1869 г., после выхода в отставку профессора П.П. Заблоцкого-Десятовского преподавание сифилидологии и дерматологии было разделено и поручено: по сифилидологии — приват-доценту В.М. Тарновскому, а по дерматологии — приват-доценту Ф.В. Подкопаеву.

В 1873 г. после смерти Подкопаева «сыпное отделение» было передано в ведение адъюнкт-профессора Тарновского, но в 1875 г. он подал рапорт об освобождении его от заведования этим отделением, и 25 сентября 1875 г. оно было поручено доценту А.Г. Полотебнову, который с 1871 г. состоял частным преподавателем по этой специальности.

В 1875 г. был объявлен конкурс на замещение кафедры кожных болезней. В нём участвовали А.Г. Полотебнов, А.Я. Брев и Э.Ф. Шперк. Был избран Полотебнов, которого и назначили в звании адъюнкта в декабре 1876 г. «для чтения сыпных и кожных болезней с клиникою» на штатной кафедре дерматологии.

В Казанском университете, начиная с 1840 по 1859 гг., лекции «О накожных болезнях» читал студентам 4 курса адъюнкт терапевтической клиники Н.С. Дмитриевский, одновременно преподававший гигиену, судебную медицину, медицинскую полицию и ветеринарную медицину. По уставу 1863 г. были учреждены доцентуры по сифилису при кафедре хирургии и по дерматологии — при кафедре терапии. В Казани эти две дисциплины преподавались с 1872 г. доцентом А.Г. Ге (1842–1907). Практические занятия проводились в губернской зем-

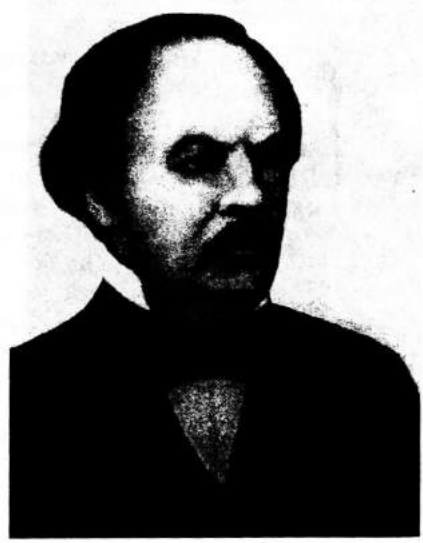


Рис. 8. **Проф. П.П.Заболоцкий-Десятовский (1814–1882)**

ской больнице, где Ге как ординатор заведовал сифилитическим отделением, весьма мало отвечающим требованиям педагогического процесса. Лишь в 1884 г. Ге был утверждён экстраординарным профессором и это время можно считать началом зарождения кафедры кожных и венерических болезней Казанского университета, имевшей в начале всего 6 коек.

В 1880 г. вышел в свет замечательный «Курс венерических болезней», написанный А.Г. Ге, за сравнительно короткое время он переиздавался 8 раз. Ге опубликовал довольно много статей по сифилидологии и дерматологии. Важно отметить, что ему принадлежит приоритет описания поражений в полости носа у рабочих, приготавливающих двухромовокислый калий (1882). Клиника обязана Ге организацией великолепного светолечебного кабинета.

В Харькове курс накожных болезней читал до 1884 г. терапевт доцент А.Х. Кузнецов. За неимением клиники, занятия велись в амбулатории и в отделении губернской земской больницы. Теоретический курс сифилиса вёл «...профессор теоретической хирургии, а практическое знакомство с этими болезнями студенты получают частично в хирургической, частично в терапевтической клинике и на амбулаторных больных» (В. Флоринский, 1876). В 1884 г. А.Х. Кузнецова сменил профессор А.Я. Бруев, возглавивший самостоятельную кафедру кожных и венерических болезней; а затем с 1897 по 1911 гг. директором кафедры состоял профессор И.Ф. Зеленев. Будучи ещё студентом в клинике профессора Полотебнова, он выполнил свою первую научную работу «Об этиологии почесухи и нервных отёков». Окончив Военно-медидицинскую академию в 1866 г. и проработав в ней по окончании несколько лет, он перешёл в Киевскую клинику профессора М.И. Стуковенкова, где защитил докторскую диссертацию на тему «К вопросу о сифилитической и ртутной хлоранемии» (1892).



Рис. 9. **Проф. А.Г. Ге (1842–1907)**

Профессор И.Ф. Зеленев известен в истории отечественной дерматологии как редактор-издатель «Русского журнала кожных и венерических болезней», выходившего с 1901 по 1918 гг. и бывшего на протяжении 13 лет единственным периодическим органом по нашей специальности в

России, если не считать выходившего в 1901–1902 гг. «Журнала дерматологии и сифилидологии». Большой заслугой Зеленева является организация Харьковского дерматологического общества в 1900 г. и «Всероссийского общества (Лиги) для борьбы с венерическими болезнями». Он был первым её председателем (1914).

В области сифилидологии большое значение приобрели работы Зеленева по изменчивости бледной спирохеты, опубликованные через несколько месяцев после открытия возбудителя сифилиса. Его работы по реинфекции и суперинфекции не потеряли своего значения и по настоящее время.

В работе «К вопросу о лечении сифилиса мышьячным препаратом 606» он опроверг идею Эрлиха о возможности излечения сифилиса «одним ударом». Одновременно И.Ф. Зеленев требовал тщательной разработки противопоказаний к применению сальварсановых препаратов и настаивал на необходимости прекращения рекламных и вымогательских действий частно практикующих сифилидологов. В Киевском университете первым доцентом по дерматологии был с 1864 по 1880 гг. Л.К. Горецкий, а по курсу сифилиса — С.П. Коломнин. По свидетельству В. Флоринского, отдельного курса сифилитических болезней не преподавалось, он входил, как часть, в курс теоретической хирургии. В 80-х гг. прошлого столетия в Киевском университете имелась сифилитическая клиника на 30 коек и дерматологическая на 32 в местном военном госпитале. В каждой из них ежегодно бывало около 300 больных.

Доцент Горецкий читал курс дерматологии, используя атласы и небольшой музей муляжей. На учебные пособия тогда получали по 250 рублей в год.

В 1883 г. объединённые клиники возглавил профессор М.И. Стуковенков. Талантливый и последовательный ученик и ближайший сотрудник профессора Полотебнова Стуковенков, работавший с ним в качестве ординатора и ассистента с 1869 по 1883 гг., а затем возглавлявший с 1883 по 1897 гг. клинику кожных и сифилитических болезней в Киевском университете, был непосредственным учителем П.В. Никольского. Под влиянием Стуковенкова формировались взгляды и развивалось широкое дерматологическое мышление Никольского. В клинике Стуковенкова была проведена углублённая разработка лечения сифилиса препаратами ртути.

Школа, созданная М.И. Стуковенковым, «стремилась к тщательному собиранию при помощи наиболее совершенных методов исследования научных фактов и к освещению тёмных вопросов дерматологии и сифилидологии путём всестороннего исследования больных, стараясь изучить не одни видимые проявления болезни, но всего больного и не одно влияние лекарственных веществ на патологические изменения кожи, а влияние их на весь организм» (П.В. Никольский, 1897).

После смерти профессора Стуковенкова несколько месяцев лекции читал И.Ф. Зеленев, а с 1897 г. кафедру возглавил профессор С.П. Томашевский.

Согласно общему Уставу российских университетов издания 1863 г., юридически существовало не только теоретическое, но и клиническое преподавание дерматологии в наших университетах с обязательным посещением. Однако, как указывает Э.М. Траутфеттер, фактически это положение было реализовано с 1868 г. только в Варшавском университете. В Варшаве 31 октября 1870 г., а в Харькове 18 ноября 1876 г. доценты по дерматологии были произведены в звания экстраординарных профессоров по кафедре специальной патологии и терапии, а 31 декабря 1876 г. в Варшавском университете по официальному распоряжению министра народного просвещения была утверждена самостоятельная кафедра «по кожным и венерическим болезням» с производством преподавателя по этой кафедре в ординарные профессора. Таким образом, первой в России самостоятельной кафедрой кожных и венерических болезней в современном понимании была варшавская. В Медико-хирургической академии в том же году были организованы две самостоятельные кафедры — дерматологическая и сифилидологическая.

Немалый вклад в развитие отечественной дерматовенерологии внесли и русские военные врачи. Достаточно назвать врача русской миссии в Тегеране Н. Арендта, опубликовавшего в 1862 г. первую на русском языке работу по кожному лейшманиозу, Л.Л. Гейденрейха (1886), произведшего первое клинико-эпидемиологическое исследование этого заболевания, и П.Ф. Боровского, открывшего на 5 лет раньше Райта в 1898 г. возбудителя «сартовской язвы». Это открытие поставило его имя в число крупнейших паразитологов мира. Попутно напомним, что возбудитель волосатика тоже был открыт и описан нашим соотечественником Я.Н. Соколовым (1895).

Наконец напомним, что вопросы борьбы с сифилисом ставились и обсуждались на всех дореволюционных съездах Общества естествоиспытателей и врачей, на многих съездах земских врачей и на всероссийских съездах Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова. Эти съезды являлись, с одной стороны, отражением общественно-политической жизни страны, с другой — оказывали определённое прогрессивное влияние на врачей, на общественную врачебную жизнь. По словам известного земского врача, общественного деятеля Д.Н. Жбанкова, врачебные съезды играли роль дополнительной школы, ибо на медицинских факультетах не было курса общественной медицины.

Таким образом, характерной особенностью русских дерматологов и сифилидологов того времени является клиническое направление. «Русские дерматологи всегда отличались стремлением связывать поражения кожи с различными заболеваниями других органов нервной систе-

мы и вообще организма; они никогда не заслуживали названия узких специалистов; может быть, и здесь сказалось влияние школы выдающегося клинициста С.П. Боткина; по крайней мере, в этом отношении первое и почётное место должно быть отведено ученику последнего — покойнику профессору А.Г. Полотебнову», — писал В.В. Иванов (1913). «До сих пор в дерматологии изучались только болезни; больные же, страдающие этими болезнями ещё ожидают всестороннего изучения», — говорил А.Г. Полотебнов (1896). В этой краткой фразе, — писал М.И. Стуковенков в статье «Французская и венская дерматологическая школы и задачи современной дерматологии» (1893), — «можно видеть целую программу, следуя которой только и можно, по моему глубокому убеждению, разрешить все те вопросы, которые поставлены французской и венской школами». Он считал, что цели и задачи современной дерматологии заключаются в точном изучении и разработке с помощью всех средств современной науки, соотношения между состоянием всего «больного организма и больной кожи». Приведённые взгляды действительно были программой действия, которой была пронизана деятельность русских дерматологов, развивавшихся под влиянием научных школ И.М. Сеченова, С.П. Боткина и И.П. Павлова, тесно объединявших науку и практику и бывших всегда заинтересованными в вопросах общественного здравоохранения.

Большое значение имели личные контакты на международных медицинских конгрессах, съездах, конференциях и т.д. Ещё в 1867 г. Х.Я. Гюббенет был избран членом международной комиссии по борьбе с венерическими болезнями, а В.М. Тарновский в 1903 г. — председателем международного съезда врачей в Мадриде. С другой стороны, о всех наиболее важных работах отечественных дерматовенерологов, зарубежных ученых в своё время регулярно информировали рефераты Э. Траутфеттера, А.П. Иордан и др.

Таким образом, дерматовенерологические научные школы, созданные А.Г. Полотебновым, В.М. Тарновским, А.И. Поспеловым и другими выдающимися учёными-дерматовенерологами России, ещё до организации кафедр кожных и венерических болезней фактически были центрами научной дерматовенерологии в России и подготовили большое количество учеников и последователей. М.И. Стуковенков, П.В. Никольский, С.Я. Кульнев, Т.П. Павлов, О.В. Петерсен, Г.И. Мещерский, С.Е. Главче, И.Ф. Зеленев и многие другие в дальнейшем заведовали самостоятельными кафедрами кожных и венерических болезней или организовывали научно-исследовательские кожно-венерологические институты и создали свои научные школы отечественной дерматовенерологии.

Многочисленные исследования отечественных учёных дерматовенерологов дали возможность глубже понять сущность патологических процессов, происходящих в организме при различных дерматозах, выявить роль центральной нервной системы в их патогенезе, уточнить

методы функциональной диагностики, разрабатывать ряд новых физиологических лечебных мероприятий, укрепить содружество дерматологов с представителями теоретических и смежных клинических дисциплин.

Отечественными дерматовенерологами проведено много научно-практических конференций, совещаний, симпозиумов и других коллективных обсуждений различных актуальных проблем дерматовенерологии. Большую роль в организации и проведении этих совещаний и конференций играет Всероссийское общество дерматологов и венерологов и его бывшие республиканские и областные филиалы.

Многие отечественные учёные дерматовенерологии были избраны почётными членами ряда зарубежных медицинских и специальных дерматовенерологических обществ и ассоциаций.

Связи с зарубежными учёными, обмен литературой с каждым годом растут. В 1961 г. в Москве состоялся Международный семинар Всемирной организации здравоохранения по венерическим болезням, на котором собрались специалисты из 18 стран.

Литература

1. Аравийский А.Н. — Первая монография по вопросам лечебно-профилактической медицины, автором которой являлась женщина Киевской Руси. Вестник дерматологии и венерологии. 1956, №3, с. 42–43.

2. Ашурков Е.Д., Штейнлухт Л.А. — Краткий очерк истории отечественной венерологии. В кн.: Руководство по дерматовенерологии. М., 1959, т. 1, с. 10–37.

3. Афанасьев М.И. — Реальная энциклопедия медицинских наук. Медико-хирургический словарь. СПб, 1892, т. 3.

4. Богоявленский Н.А. — Древнерусское врачевание в XI–XVII веках. М., 1960.

5. Богоявленский Н.А. — О некоторых чертах лекарствоведения в Московской Руси. Советская медицина. 1952, №2, с. 45–47.

6. Высоцкий Н.Ф. — Роль женщины в истории нашей медицины. Казань, 1908.

7. Гитман С.М. — Основоположники отечественной дерматосифилидологии. В кн.: Вопросы дерматологии и венерологии. М., 1953, с. 63–80.

8. Горбовицкий С.Е., Торсуев Н.А. — Т.П. Павлов (1860–1932) и его школа. Л., 1962.

9. Громбах С.М. — Русская медицинская литература XVIII века. М., 1953.

10. Груздев В.Ф. — Русские рукописные лечебники. Л., 1946.

11. Гусаков Н.И. — Истоки отечественной дерматовенерологии. М., 2002.

12. Гусаков Н.И. — Развитие медицины в России. М., 1993.

13. Гусаков Н.И. — Неопубликованные работы русских врачей XVIII–XIX столетий по сифилидологии. Вестник дерматологии и венерологии, 1974, №4, с. 63–64.

14. Демич В.Ф. — Живая старина. Культурно-этнографический сборник. М., 1912, Вып. 1, с. 39–60.

15. Демич В.Ф. — К вопросу о русской народной медицине. Сифилис, венерические болезни и их лечение у русского народа. СПб, 1902.

16. Дитрих М.Н. — Русская женщина великокняжеского времени. СПб, 1904.
17. Зархи И.Б. — Медицинские рукописи начала XVIII века. Военно-медицинский журнал, 1947, №9, с. 51.
18. Змеев Л.Ф. — Русские врачебники. СПб, 1896.
19. Змеев Л.Ф. — Чтение по врачебной истории России. СПб., 1896.
20. Кавецкий Р.Е., Балицкий К.П. — У истоков отечественной медицины. СПб, 1896.
21. Ковнер С.Г. — История древней медицины. Вып. 1, 2, 3. Киев, 1888.
22. Кожевников П.В. — Профессор П.В. Никольский и его значение в отечественной дерматовенерологии (К 10-летию со дня смерти). Вестник дерматологии и венерологии. 1950, №3, с. 33.
23. Коляденко В.Г. — Киевская клиника кожных болезней и ее роль в становлении и развитии отечественной дерматовенерологии. Вестник дерматологии и венерологии. 1977, №10, с. 40–49.
24. Крашенинников С. — Описание земли Камчатки. СПб, 1755.
25. Лахтин М.Ю. — Старинные памятники медицинской письменности. Записки московского археологического института, издаваемые под ред. А.И. Успенского. М., 1912, т. XVII, с. 135–173.
26. Лахтин М.Ю. — Медицина и врачи в Московском государстве в допетровской Руси. М., 1907.
27. Левинштейн И.И. — История фармации и организация фармацевтического дела. М., 1939.
28. Лепехин И.И. — О домашних средствах, простым народом в болезнях употребляемых. Месяцеслов с наставлениями на 1782–1873 гг.
29. Миракян М.Е. — Из истории дерматологии и венерологии в Армении. Ереван, 1988.
30. Миракян М.Е. — К 160-летию первой диссертации о сифилисе, защищённой в Московском университете. Вестник дерматологии и венерологии. 1985, №5, с. 73–76.
31. Мирский М.Б. — Медицина России XVI–XIX веков. М., 1996.
32. Минько Л.И. — Знахарство. Минск, 1971.
33. Монахов С.А. — Изобразительное искусство глазами дерматовенеролога. М., 2005
34. Невский В.А. — Отечественные диссертации по венерологии и дерматологии XVIII и первой половины XIX века (1736–1850). Вестник дерматологии и венерологии. 1960, №9, с. 61–68.
35. Никольский П.В. — Обзор научной деятельности профессора Михаила Ивановича Стуковенкова и его клиники. Врач, 1897, №19, с. 1011–1013.
36. Озерецкий И.Я. — О пользе корня травы чистотела в коросте или чесотке. Месяцеслов с наставлениями. СПб, 1782.
37. Павлов С.Т. — А.Г.Полотебнов (1838–1907). Л., 1955.
38. Подвысоцкая О.Н. — Руководители кафедр кожных и венерических болезней в дореволюционной России. В кн.: Теория и практика дермато-венеролога. Труды института, вып. 83, Л., 1971.
39. Подвысоцкая О.Н. — Краткий исторический очерк отечественной дерматовенерологии. В кн.: Венерические болезни. М., 1956, с. 7–17.
40. Полотебнов А.Г. — Современное состояние дерматологии в России. Медицинская библиотека. 1882, сентябрь.
41. Попов Г. — Русская народно-бытовая медицина. СПб, 1903.

42. Поспелова Н.П. — А.И. Поспелов (1846–1916). М., 1962.
43. Поспелов А.И. — К истории возникновения клиники кожных и венерических болезней Московского университета. Русская старина, 1913.
44. Потекаев Н.С. — Материалы к истории кафедры кожных и венерических болезней 1 Московского ордена Ленина медицинского института им. И.М. Сеченова. Дисс. канд. М., 1958.
45. Потекаев Н.С., Иванов О.Л., Мареева Е.Б. — Основные этапы истории кафедры и клиники кожных и венерических болезней ММА им. И.М. Сеченова (К 100-летию клиники). Вестник дерматологии и венерологии. 1996, №2, с. 70–74.
46. Родзевич Г.Н. — Исследование о чепучинных лекарях. Русская медицина, 1887, №14, с.251.
47. Российский Д.М. — История всеобщей и отечественной медицины и здравоохранения. М., 1956.
48. Российский Д.М. — Об изучении истории развития отечественной дермато-венерологии. Вестник дерматологии и венерологии. 1953, №1953, с. 43–45.
49. Саралидзе Г.М. — К истории дерматовенерологии в Грузии. Дисс. канд., Тбилиси, 1962.
50. Скороходов Л.Я. — Краткий очерк развития истории русской медицины. М., 1926.
51. Скрипкин Ю.К., Кулагин В.И., Владимиров В.В., Кутин С.А., Сафарова К.М., Романенко Г.Ф., Селисский Г.Д. — Российское общество дерматовенерологов (историческая справка). Вестник дерматологии и венерологии. 1996, №2, с. 11–14.
52. Слюнин Н.В. — Материалы для изучения народной медицины в России. СПб., 1882.
53. Смирнов Н.В. — О простонародной русской медицине. М., 1882.
54. Сперанский М.Н. — Из истории отреченных книг: IV «Аристотелевы врата» или «Тайная тайных». Памятники древней письменности и искусств. СПб, 1908.
55. Торсуев Н.А. — Дерматология и венерология. В кн.: История медицины в СССР. М., 1964, с. 396–408.
56. Торсуев Н.А. — П.В. Никольский. М., 1953.
57. Торсуев Н.А., Гусаков Н.И. — Заслуги И.И. Мечникова в развитии отечественной сифилидологии. Вестник дерматологии и венерологии. 1976, №8, с. 88–89.
58. Траутфеттер Э. — К вопросу о современном состоянии дерматологии в России. Варшавские университетские известия. 1883, №1, с. 50–53.
59. Туранов Н.М., Гитман С.М. — К истории отечественной дерматологии и сифилидологии. В кн.: Справочник по организации борьбы с венерическими и заразными кожными болезнями. М., 1951, с. 10–22.
60. Флоринский В.М. — Русские простонародные травники и лечебники. Казань, 1879.
61. Флоринский В.М. — Сведения о состоянии и потребностях русских медицинских факультетов. СПб, 1876.
62. Чубарова А.С., Кочарова Л.И. — Диссертации по кожным и венерическим болезням до Великой Октябрьской революции. В кн.: Научные труды института усовершенствования врачей им. С.М. Кирова. 1957, вып. 12, с. 129–142, вып. 21, с. 249–257.
63. Чулков М.Д. — Сельский лечебник, или словарь врачевания болезней. М., 1789–1790.

64. Шидловский К.К. — К характеристике народных воззрений на этиологию, сущность и терапию болезней. Медицинский вестник. М., 1884, с. 8.

65. Штейлухт Л.А. — К истории развития кафедры кожных и венерических болезней Государственного института усовершенствования врачей им. С.М. Кирова. В кн.: Экспериментальные и клинические исследования. Л., 1952, т. IX, с. 231–243.

66. Шуров И. — Знахарство на Руси. Чтения в Обществе истории древностей российских. 1867, т. 4, с. 27.

Глава 4
КАЛИНКИНСКАЯ БОЛЬНИЦА

Калинкинская больница является первой дерматовенерологической больницей и одной из первых гражданских больниц в России. Возникновение Калинкинской больницы в Санкт-Петербурге отразило практические потребности города, в котором с развитием промышленности и ростом населения росла проституция и, как следствие, венерические болезни.

Калинкинская больница связана с так называемым посёлком Каллина, расположенного у устья реки Фонтанки, переименованного в дальнейшем в Калинку или Калинкинскую слободу. В этом посёлке, в эпоху Петра I, около 1718 г., был выстроен прядильный дом, получивший название Калинкинского. Позже на его месте был организован Калинкинский прядильный дом, который стал использоваться как исправительное заведение для женщин, занимавшихся проституцией. Как исправительное заведение Калинкинский прядильный двор описан в поэме «Елисей или раздражённый Вакх» известного поэта XVII века В.И. Майкова в 1769–1770 гг.:

«Где речка Чёрная с Фонтанною свилися
И устьем в устье реки Невы влилися
При устии сих рек, на самом месте том
Где рос Калинов лес, стоял огромный дом;
По лесу оному и дом именовался,
А именно сей дом Калинкин назывался;
В него-то были все распутные жёны
За сластолюбие своё посажены;
Там комнаты в себя искусно их вмещали:
Единые из них лён в нитки превращали,
Другие кружева из ниток тех плели,
Другие кошельки с перчатками вязали.
Трудились тако все, дела к рукам приближа,
И словом, был экстракт тут целого Парижа.
Там каждая была, как ангел во плоти,
Затем, что дом сей был всегда на заперти».

Дальнейшая судьба прядильного двора шла по пути превращения его из исправительного заведения в лечебное. Я.А. Чистович, Н. Куприянов,

Я. Штелин и другие считают, что эта больница основана в 1783 г. на основании указа Екатерины II об открытии в этом году в Петербурге «секретной» больницы для «прилипчивых» болезней. На плане Петербурга 1753 г. это заведение значилось как Калинкинский прядильный дом. Первое официальное название «Калинкинская больница» имеется в плане Петербурга за 1762 г. Это подтверждается планом 1777 г., где указывается: «Гражданская больница в Калинкине с 1762 г.». Таким образом, официальной датой начала деятельности Калинкинской больницы является 1762 г. В 1762 г. Калинкинская больница стала именоваться секретной. Она находилась на содержании собственного кабинета Екатерины II и имела 60 коек. У больных не спрашивались имя и фамилия, и они значились под номером и могли находиться в масках. Еженедельно в кабинет Екатерины II подавались сведения о движении больных в больнице.

В 1783 г. на базе Калинкинской больницы был организован немецкий институт — медицинское учебное заведение общеуниверситетского профиля. Учащиеся этого института, кроме медицины, должны были изучать математику, физику, химию, ботанику. Несмотря на то, что преподавание велось, в основном, на немецком языке, известный русский врач Н.М. Максимович-Амбодик, читал лекции в этом институте на русском языке.

Калинкинский медико-хирургический институт или, правильнее, училище, просуществовало 20 лет и почти ничего не сделало для подготовки национальных русских кадров. Известный отечественный историк медицины Я.А. Чистович (1883) собрал документы о работе этого училища. Он опубликовал указы Екатерины II, касающиеся училища, учебные программы, данные о преподавателях, списки выпускников этого училища и др. При этом Я.А. Чистович высказал своё резко отрицательное отношение к организации этого училища, презрительно называя его «немецким институтом». Согласно его сведениям, учебные программы в этом «немецком институте» были более расширены, чем в обычных училищах.

Калинкинское медико-хирургическое училище, в основном, работало в интересах немцев. Это заведение не соответствовало национальным интересам и было создано искусственно немецкими врачами, использовавшими свои дворцовые связи. Указом Медицинской коллегии от 29 ноября 1802 г. это училище было присоединено к Медико-хирургической академии. Так закончило своё существование Калинкинское медико-хирургичеокое училище, о чём образно сказал Г.Г. Скориченко (1898): «Итак, с 1803 г. путешественник среди множества странностей в Петербурге мог бы отметить следующую: в медико-хирургической академии приготовлялись врачи русских армии и флота, но те, которые имели счастье родиться немцами, имели особых преподавателей, слушали науки на родном языке и по окончании курса наук могли лечить русского солдата, не зная ни слова по-русски».

В 1802 г. количество коек в больнице было увеличено с 60 до 130. Материальные условия больницы в этот период были очень плохи. Здания, построенные ещё при Петре I, крайне обветшали. 1 января 1830 г. больница перешла в ведение Санкт-Петербургского попечительного совета заведений общественного призрения, образованного в 1828 г. о целью улучшить медицинскую помощь населению столицы России. В 1832 г. был выстроен главный корпус больницы, существующий до настоящего времени. К 1833 г. число коек возросло до 340. При этом количество мужских коек из общего числа коек уменьшилось, и с 1851 г. больница перешла на обслуживание только женщин. Постепенно возрос штат больницы, в частности, врачей — с 3 до 13. Кроме коек для больных венерическими болезнями, в больнице существовало отделение на 40 коек для хронических больных, которое обслуживалось тем же штатом больницы. В периоды эпидемий койки больницы неоднократно использовались для госпитализации инфекционных больных, в частности, больных холерой.

В первой половине XIX века большинство врачебных должностей было занято врачами-иностранцами, которые неуважительно относились к русским врачам и всячески притесняли их.

Расцвет деятельности Калинкинской больницы начался со второй половины XIX века, после отмены в России крепостного права. Как известно, до 1884 г. в России не было кафедр по дерматологии и венерологии, за исключением Варшавской и Санкт-Петербургской при медико-хирургической академии, в это время Калинкинская больница и стала одним из лучших лечебных и научных центров в России, а также учебной базой. С Калинкинской больницей связана деятельность большинства ведущих дерматологов и сифилидологов Петербурга. Они дали ряд ценных работ по различным разделам кожных и венерических болезней. С 1859 г. в Калинкинской больнице начал работать основоположник отечественной сифилидологии и венерологии В.М. Тарновский. Он занимался разработкой различных вопросов сифилидологии. Его работы посвящены изучению врождённого сифилиса, вопросам суперинфекции, поражению центральной нервной системы при сифилисе. В.М. Тарновский работал над заражением сифилисом жеребят и предложил как метод для лечения инфекции введение животным прививочного материала в подкожный мешочек.

В.М. Тарновский уделял большое внимание подготовке кадров венерологов, а также женскому медицинскому образованию. В частности, им составлено специальное руководство и атлас по венерическим заболеваниям для фельдшеров. Профессор Тарновский представлял собой крупного учёного-организатора. Он указывал на большое значение профилактических мероприятий и организации планомерной работы по борьбе с венерическими болезнями. По его инициативе в 1885 г. в Петербурге было организовано первое в Европе русское сифилидологи-

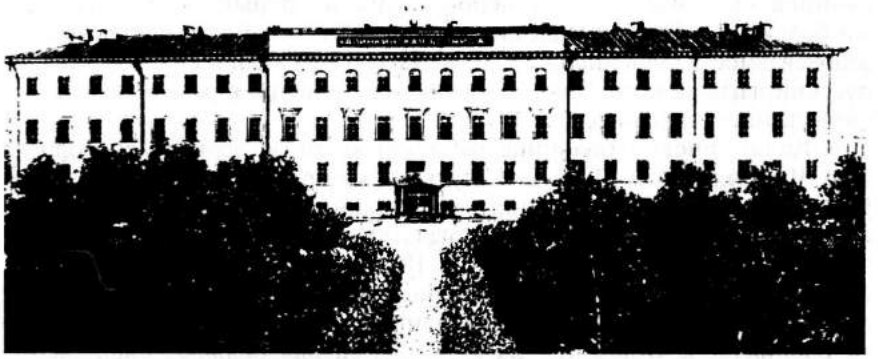


Рис. 10. **Калинкинская больница**

ческое и дерматологическое общество врачей. Он был инициатором первого Всероссийского съезда по борьбе с сифилисом, проходившего в 1897 г.

В течение ряда лет в Калинкинской больнице работал выдающийся представитель отечественной дерматовенерологии профессор Т.П. Павлов. Ученик и последователь С.П. Боткина он в течение всей своей жизни убеждённо развивал идеи нервизма в дерматологии. Им написан ряд научных трудов по сифилису и кожным заболеваниям. Среди них выделяются капитальные работы, посвящённые этиологии экземы.

С именем Калинкинской больницы связана также педагогическая деятельность видного отечественного дерматовенеролога профессора О.В. Петерсена. Он возглавлял кафедру кожных и венерических болезней первого в мире института усовершенствования врачей в Петербурге. Клинической базой для занятий с врачами с 1897 г. служила Калинкинская больница. О.В. Петерсен с этого года работал в этой больнице ординатором. Он организовал на кафедре музей муляжей и коллекцию костей больных сифилисом, сохранившихся до настоящего времени. Им была разработана номенклатура периодов сифилиса. Ряд его работ касается вопросов организации борьбы с сифилисом. Он один из первых ставил вопрос о необходимости организации лечебной помощи кожным больным. В 1867 г. О.В. Петерсен сообщил о найденном им возбудителе мягкого шанкра — стрептобацилле, что в дальнейшем было подтверждено Ducrey (1889), Unna (1892), Kreffling (1892), а также работами отечественных исследователей — С.С. Истаманова и А.И. Аковпянца, впервые выделивших истинную культуру этого заболевания.

О.В. Петерсен был одним из создателей русского общества по борьбе с проказой и лепрозория «Крутые ручьи».

В Калинкинской больнице начала свою врачебную деятельность первая русская женщина-венеролог Е.Я. Ельцина. Она была активной участницей организационных мероприятий по борьбе с венерическими болезнями. Ей принадлежит ряд научных статей, характеризующих заболеваемость сифилисом среди женского населения. Она перевела на русский язык монографию Э. Фурнье «Уклонения в развитии при наследственном сифилисе».

В Калинкинской больнице работали крупные дерматовенерологи: М.А. Чистяков, И.А. Маев, С.Я. Кульнев, который руководил больницей более 20 лет, описал лимфангаит при твёрдом шанкре. В 1870 г. главным врачом Калинкинской больницы был избран Э.Ф. Шперк, занимавший эту должность в течение 20 лет. В 1871 г. в Калинкинской больнице Шперк впервые применил регистрацию венерических больных по карточной системе. В 1879 г. на базе Калинкинской больницы было открыто специальное отделение на 60 кроватей для больных сифилисом. В 1874 г. Э.Ф. Шперк организовал курс по дерматологии для учениц Суворовской акушерской школы, который он вел до 1890 г. С 1875 по 1882 гг. Э.Ф. Шперк читал курс дерматологии на женских курсах при Военно-медицинской академии, а также читал в школе фельдшериц, базой для чего являлась венерологическая клиника Калинкинской больницы. Осенью 1879 г., через 10 лет работы Э.Ф. Шперк, при Калинкинской больнице была открыта амбулатория для лечения больных венерическими заболеваниями.

Как указывает профессор М. Капустин в своей брошюре «Калинкинская больница» (1885): «До назначения Шперка главным врачом в больнице имела широкое применение система наказаний и других дисциплинарных мер. В то же время наказания назначались произвольно и зависели более или менее от расположения духа всякого должностного лица, имевшего какой-нибудь вес с точки зрения медицинской или административной. Эта «знаменитая» система состояла в применении четырёх мер: а) уменьшение количества пищи (режим овсянки); б) отмена посещений родителями и друзьями; в) применение смирительной одежды; г) заключение в тёмную камеру с прекращением выдачи пищи. Эти различные меры не были установлены никаким законом, без всякой регламентации, исходящей от высшей администрации больницы. Все они практиковались просто по обычаю, происхождение которого теряется в прошлом. Больные Калинкинской больницы были, так сказать, вне закона... Применение этих произвольных мер вызывало нередко более или менее серьёзные возмущения. Так, например, когда дело доходило до заключения больной в камеру, то она начинала протестовать и кричать, что часто вызывало общее возбуждение среди других больных; их проявления сочувствия приводили ко всякого рода нару-

шениям дисциплины. Шум распространялся по всем этажам, и иногда приходилось вызывать полицию для водворения порядка».

Э.Ф. Шперк обратился в высшие инстанции с просьбой о разрешении отменить окончательно все наказания и дисциплинарные меры, применявшиеся до сих пор, и заявил, что берёт на себя ответственность за порядок внутри больницы. Произвол и суровость были заменены гуманностью. Вежливость стала обязательной ко всем больным. Шперком были приняты серьёзные меры к улучшению условий их существования.

Э.Ф. Шперк участвовал также в организации Петербургского института экспериментальной медицины (ИЭМа) и был его первым директором. Здесь он сделал ряд прививок сифилиса обезьянам. Научные труды Э.Ф. Шперка через два года после его смерти были полностью переизданы во Франции.

Большой вклад в развитие отечественной дерматовенерологии внесли многие врачи и учёные, работавшие в Калинкинской больнице, использовавшие её богатый клинический материал для различных научных исследований.

В 1876 г. ординатор больницы Р.Ф. Фосс доказал возможность передачи сифилиса через грудное молоко и кровь.

Врачи Калинкинской больницы М.С. Усас (1874) и Ф.Ф. Фишер (1878) впервые применили наружные тепловые процедуры при лечении сифилиса. Этому же вопросу посвящена диссертация П.Я. Калашникова (1889), который проводил свои исследования на материале Калинкинской больницы.

Ординатор Калинкинской больницы Д.С. Чапин в 1908 г. первый описал острую язву вульвы. На базе Калинкинской больницы проводил свои исследования Д.К. Заболотный по экспериментальному сифилису.

Только с 1861 по 1917 гг. врачами Калинкинской больницы опубликовано более 200 научных работ. Среди врачей этого периода работало свыше 20 докторов медицины. При этом больше половины из них защитили диссертации, пользуясь клиническими материалами Калинкинской больницы. Часть диссертаций врачей больницы была посвящена физиологическим либо общетерапевтическим проблемам. К ним относится диссертация В.А. Красильникова (1864), И.А. Маева (1867), Т.П. Павлова (1888). Так начиналось формирование отечественной дерматологии, развивавшейся на идеях И.М. Сеченова и С.П. Боткина.

Ряд диссертаций имели патологоанатомическую направленность. Такими были диссертации П.И. Грацианского (1875), Е.А. Когана (1875), Г.К. Змигродского (1877), А.А. Введенского (1892), С.Д. Лихачёва (1907), Я.Я. Широпа (1914) и др.

Диссертация Э.Ф. Шперка «Медико-топографические замечания о сифилисе в Северо-восточной Сибири, называемом там проказой» (1863), Г.И. Герценштейна «Сифилис в России» (1885), И.Е. Обозненко «Над-

зорная проституция Санкт-Петербурга по данным врачебно-полицейского комитета и Калинкинской больницы» (1896) характеризуют распространение сифилиса в России. Одним из наиболее полных и совершенных очерков, посвящённых этой проблеме, является труд петербургского врача Б.И. Бентовина «Торгующая телом» (1910), работавшего в сифилитическом отделении Калинкинской больницы. Эта работа представляет наиболее полные сведения о проституции в России начала XX века.

Вопросам клиники и диагностики сифилиса посвящены диссертации В.М. Тарновского (1863), А.Д. Степанова (1875), С.Я. Кульнева (1889), М.А. Чистякова (1894), М.А. Кузнецова (1871), М.К. Козловского (1895) и др.

Важную роль Калинкинская больница сыграла в подготовке кадров. Ещё в 1868 г. по инициативе В.М. Тарновского при больнице было организовано училище для акушерок по диагностике и лечению венерических болезней. В дальнейшем оно получило название Суворовского училища. Калинкинская больница служила также базой для преподавания дерматологии и венерологии студентам медико-хирургической академии с 1869 г. и слушателям женских врачебных курсов с 1875 г., с 1885 г. — для курсов по сифилидологии и дерматологии для врачей, организованных Э.Ф. Шперком.

С 1897 до 1962 г. Калинкинская больница стала клинической базой для кафедры кожных и венерических болезней института усовершенствования врачей. Большую роль Калинкинская больница сыграла в разработке научно-организационных вопросов. Врачи Калинкинской больницы были активными участниками пироговских съездов. По инициативе В.М. Тарновского была организована сифилидологическая секция ещё на первом пироговском съезде.

В 1879 г. в Калинкинской больнице был организован бесплатный приём для больных венерическими заболеваниями. Эта была первая специализированная амбулатория для указанного рода больных. Врачи Калинкинской больницы делали попытки устроить мастерские для обучения и обеспечения работой нуждающихся женщин. Начиная с периода работы в больнице В.М. Тарновского, врачи принимали активное участие в массовых обследованиях населения с целью выявления больных венерическими болезнями.

В 1894 г. врач А.Д. Степанов во время обследования населения в Нарымском крае проделал путь на лодке более 1500 км.

Прогрессивное направление коллектива врачей Калинкинской больницы подготовило почву для дальнейшего развития отечественной дерматологии и венерологии. Длительное время Калинкинская больница была единственной в городе для больных венерическими кожными болезнями. Только в 1900 г. открылись приёмы больных сифилисом и кожными заболеваниями при Петропавловской, Марии Магдалины и им.

С.П. Боткина больницах. В Калинкинской больнице была организована старейшая в стране лаборатория по экспериментальному сифилису. Здесь в 1926 г. П.Г. Оганесян получил специальный штамм и культуру бледной трепонемы, с помощью которого проведён ряд ценных исследований. В Калинкинской больнице создана крупнейшая в России микологическая лаборатория, которая дала ряд ценных работ в области изучения дрожжевых и грибковых заболеваний.

В патогистологической лаборатории Калинкинской больницы впервые в России доказан и описан И.И. Чернявским хромобластомикоз. Возбудитель хромобластомикоза был подробно изучен Я.А. Мериным, а клиника и патогенез — О.Н. Подвысоцкой.

В 1922 г. Калинкинской больнице было присвоено имя В.М. Тарновского. С 1927 г. она являлась клинической базой для кафедр института усовершенствования врачей и 2-го медицинского института г. Ленинграда. В 1929 г. на 3-ем Всесоюзном съезде по борьбе с венерическими болезнями Калинкинская больница предстала перед делегатами съезда как крупное учреждение, сочетающее лечебную и научно-практическую деятельность. После этого в 1930 г. Калинкинская больница была реорганизована в Петербургский кожно-венерологический институт, крупнейший научно-исследовательский центр по дерматовенерологии в России, просуществовавший до 1956 г. В этом институте, директором которого был С.Е. Горбовицкий, сформировался большой коллектив опытных научных сотрудников, среди которых были Б.Н. Хольцов, С.К. Розенталь, А.Д. Троицкая, П.Н. Кашкин, Д.Е. Дембская, П.Г. Оганесян, Л.А. Штейлухт, А.В. Логинов и многие другие. Сотрудники института провели большую работу в области экспериментального сифилиса, серологии, клиники и лечения сифилиса, гонореи, микологии, функциональных методов исследования в дерматологии и др.

Литература

1. Архангельский С.П., Горбовицкий С.Е., Павлов С.Т., Подвысоцкая О.Н., Штейнлухт Л.А. — Краткий очерк развития дерматологии и венерологии в Петербурге-Ленинграде. Вестник дерматологии и венерологии, 1957, №4, с. 45–53.

2. Базанов В.А., Селиванов В.И., Селиванов Е.Ф. — Калинкинская «секретная» больница. В кн.: Медицинские памятные места Ленинграда. Л., 1971, с. 15–19.

3. Гусаков Н.И.—Развитие медицины в России (очерк). М., 1993, с. 1–27.

4. Гусаков Н.И. — Пётр I и медицина (очерк). М., 1994, с. 1–44.

5. Капустин М.Я. — Калинкинская больница в Санктъ-Петербурге. СПб., 1889.

6. Клячкин В.Е. — Совещание по изучению проституции. Социальная гигиена. 1926, №7, с. 17–25.

7.Кожевников П.В., Фролова М.А. — Роль больницы им. В.М. Тарновского в развитии отечественной венерологии и дерматологии. Вестник дерматологии и венерологии. 1963, №5, с. 62–68.

8. Красовский П.М. — Первый директор ВНИЭМ Э.Ф. Шперк. В кн.: Материалы к истории Всесоюзного института экспериментальной медицины. М., 1941, с. 147–155.

9. Подвысоцкая О.Н. — 25 лет со дня организации Ленинградского кожно-венерологического института. Вестник дерматологии и венерологии. 1956, №3, с. 61–63.

10. Российский Д.М. — Об изучении истории развития отечественной дерматовенерологии. Вестник дерматологии и венерологии. 1953, №5, с. 43–45.

11. Самцов В.И. — К 100-летию кафедры дерматовенерологии Ленинградского государственного ордена Ленина института усовершенствования врачей им. С.М. Кирова. В кн.: Иммунные и общие инфекционные заболевания в дерматологии. Л., 1984, с. 78–79.

12. Мартинкевич А.А., Штейнлухт Л.А. — Из истории Калинкинской больницы (1750–1950). Вестник дерматологии и венерологии. 1951, №1, с. 43–47.

13. Фролова М.А. — История старейшей в России Калинкинской кожно-венерологической больницы. Автореф. дисс. канд., Л., 1959.

14. Фролова М.А. — Возникновение старейшей в России Калинкинской венерологической больницы. В кн.: Вопросы дерматологии. Труды Лен. института усовершенствования врачей, в. 21, Л., 1960.

15. Шперк Э.Ф. — К статистике сифилиса в женском населении г. Санкт-Петербурга. СПб, 1877.

Глава 5

В.М. ТАРНОВСКИЙ — ОСНОВОПОЛОЖНИК ПЕРВОЙ НАУЧНОЙ ШКОЛЫ СИФИЛИДОЛОГИИ В РОССИИ

Возникла эта школа в 1871 г., когда В.М. Тарновский начал преподавать сифилидологию в Медико-хирургической академии. Она занималась клиническими исследованиями, касающимися заразительности, лечения, излечённости и передачи сифилиса потомству.

В.М. Тарновский по праву занимает виднейшее место в отечественной дерматовенерологии. Он является основоположником русской сифилидологии как самостоятельной дисциплины. Его имя получило мировое признание.

Родился Вениамин Михайлович Тарновский 9 июля 1837 г. в селе Нижний Деймен, Щигровского уезда, Курской губернии. После окончания 1-ой Московской гимназии он поступил в Московский университет и в 1859 г. окончил медицинский факультет со степенью лекаря и уездного врача. 9 марта 1859 г. В.М. Тарновский получил диплом на звание лекаря за № 2222 и свидетельство на звание уездного врача за № 2227. Вскоре после этого он переехал в Санкт-Петербург, где 28 сентября 1859 г. подал заявление на должность сверхштатного врача Калинкинской больницы, куда и был зачислен с четырёхмесячным испытательным сроком. В 1860 г. попечитель Калинкинской больницы 8 февраля доложил о том, что В.М. Тарновский успешно окончил испытательный срок и «оказался достойным и способным». 3 апреля 1860 г. В.М. Тарновский был зачислен сверхштатным ординатором. В этой должности он проработал в течение 7 лет, до 10 сентября 1866 г.

С самого начала своей деятельности в Калинкинской больнице В.М. Тарновский обратил внимание на крайне неудовлетворительную постановку лечебного дела. Он добился того, что лечение сифилиса было значительно улучшено. Упорядочив записи в историях болезней, он имел возможность систематически изучать течение и методы лечения сифилиса на огромном клиническом материале. В.М. Тарновский много работ посвятил вопросам борьбы с сифилисом и гонореей и сам непосредственно активно участвовал в этой работе. Так, с 17 сентября 1865 г. по 22 февраля 1866 г. В.М. Тарновский был командирован министерством внутренних дел в Псковскую, Витебскую и Казанскую губернии для выявления причин, способствующих распространению внут-

ренних болезней. В результате произведённого обследования он объяснил причины увеличения заболеваемости сифилисом и предложил ряд мероприятий по борьбе с сифилисом в этих губерниях.

В 1862 и 1866 гг. В.М. Тарновский специализировался по сифилидологии за границей, посещал германские и французские клиники кожных и венерических болезней, обобщая свой опыт. Как учёный он развивался совершенно самостоятельно. Первые его шаги были отмечены враждебностью окружавших его врачей, выросших на зарубежных авторитетах. Эта враждебность проявлялась со стороны некоторых врачей Калинкинской больницы в их отрицательном отношении к проекту организации «института для обучения повивальных бабок», предложенного Тарновским в 1864 г.

Наблюдательный и вдумчивый врач В.М. Тарновский написал много ценных клинических научных работ и правильно разрешил ряд спорных и неясных для того времени вопросов.

В 1863 г. Тарновским было издано руководство «Распознавание венерических болезней у женщин и детей», являвшееся первым русским оригинальным руководством по венерическим болезням. В 1866 г. это руководство явилось его диссертацией на степень доктора медицины. В 1867 г. оно вышло вторым изданием в дополненном и переработанном виде. Снабжённое атласом, написанное простым языком, оно долгое время служило руководством для слушателей.

В 1868 г. по инициативе Тарновского и по его проекту при Калинкинской больнице было открыто Суворовское училище для подготовки повивальных бабок. Это училище, выпустившее около 1500 акушерок и фельдшериц, сыграло большую роль в борьбе с венерическими болезнями в России. Суворовское училище готовило, по меткому выражению М.А. Чистякова, «агентов для борьбы с сифилисом» и «должно считаться первым делом Тарновского по принятию мер в борьбе с сифилисом в России». В Суворовском училище В.М. Тарновский в течение 25 лет состоял преподавателем сифилидологии.

В дальнейшем он ушёл в Медико-хирургическую академию, но не терял связь с Калинкинской больницей, на базе которой проходила его научная и педагогическая деятельность. В 1868 г. после пробной лекции на тему «Перелой и сифилис» В.М. Тарновский был избран приват-доцентом и с мая этого же году начал читать лекции по сифилидологии в Медико-хирургической академии. Одновременно он работал заведующим отделением сифилидологии Петербургского клинического военного госпиталя.

25 октября 1897 г. на заседании Русского сифилидологического и дерматологического общества В.М. Тарновский, вспоминая об этом периоде своей жизни и сравнивая настоящее с прошлым, заметил, что в то время преподавание сифилидологии в академии проводилось на кафедре частной патологии. Для больных сифилисом при хирургической кли-

нике было несколько палат; лекции по сифилидологии читал хирург, профессор П.П. Заблоцкий-Десятовский. Полемизируя с ним, В.М. Тарновский говорил, что настало время для самостоятельной интенсивной работы в области сифилидологии, которая, находясь в руках хирургов, не могла развиваться. Тарновский добился того, что в 1871 г. преподавание сифилидологии в академии было отделено от кафедры хирургии, и при Медико-хирургической академии была учреждена самостоятельная кафедра сифилидологии, во главе которой стал В.М. Тарновский в звании адъюнкт-профессора. При присвоении Тарновскому звания адъюнкт-профессора профессор Е. Богдановский выступил против его кандидатуры. Он предъявил обвинение Тарновскому в недостаточном знании литературы. Однако передовые учёные, современники В.М. Тарновского, выступили в его защиту. Профессора С.П. Боткин и М. Руднев отметили самобытность Тарновского как учёного, а также его большую педагогическую деятельность. В свою очередь, Тарновский доказал необоснованность обвинений в свой адрес. В 1873 г. В.М. Тарновский был избран конференцией академии экстраординарным профессором, а в 1890 г. утверждён в звании ординарного профессора. После 25-летней службы, в 1887 г., он был оставлен на службе на последующие 5 лет и по окончании их в 1892 г. — ещё на 5 лет в звании заслуженного профессора. Это был первый случай после Грубера, который также был оставлен профессором кафедры сверх предусмотренного срока. В 1895 г., с уходом в отставку заведующего дерматологической кафедрой академии профессора А.Г. Полотебнова, В.М. Тарновский по постановлению конференции академии объединил обе кафедры — сифилидологии и дерматологии — в одну кафедру кожных и венерических болезней. В 1897 г. В.М. Тарновский за выслугой лет вышел в отставку, но не оставил своей разносторонней деятельности до последних дней своей жизни.



Рис. 11. **Проф. Тарновский Вениамин Михайлович (1837–1906)**

В начале его врачебной деятельности в медицине господствовал взгляд так называемых «унитаристов», признававших существование одной венерической болезни, возникающей вследствие «дискразии крови». В.М. Тарновский уже тогда чётко различал сифилис и мягкий

шанкр как самостоятельные заболевания. В 1862 г. Тарновский доказал, что в раннем периоде сифилиса может быть поражена слизистая уретры; о влиянии тепла на рассасывание специфического инфильтрата.

В пробной лекции «Перелой и сифилис», которую Тарновский читал 23 мая 1868 г. для получения звания доцента, рассматривал развитие учения «унитаристов» и «дуалистов» о венерических болезнях, в которой и высказал собственное мнение по этому вопросу.

В 1870 г. В.М. Тарновский опубликовал в виде большой монографии первую часть задуманного им капитального труда по венерическим болезням, посвящённую, в основном, гонореи. Эта работа написана им до открытия гонококка и автор не приводит инфекционной этиологии перелоя. Однако, он чётко отграничивает перелой от сифилиса в отличие от многих видных учёных того времени. Его книга «Перелой» представляет собой 18 лекций, прочитанных Тарновским студентам Медико-хирургической академии. Но это — не просто перепечатанные лекции, каждая из них сопровождается библиографическими указаниями и приложениями, составленными на основе изучения литературных источников и на личных материалах автора.

В своём руководстве В.М. Тарновский впервые описывает картину и анатомические изменения при гонорее, характеризует хронические формы этого заболевания, её осложнения.

Таким образом, благодаря Тарновскому, «русская сифилидология не переживала споров между сторонниками дуалистической и унитарной теорий венерических болезней». Необходимо также отметить, что в 1872 г. В.М. Тарновский впервые предложил инстилляцию при уретрите раствора марганцовоцинковой соли вместо марганцовокислого калия.

В своём «Отчёте консультанта по венерическим болезням при главном военно-медицинском управлении» в 1881 г. В.М. Тарновский выдвигал требование, чтобы в медицинских отчётах одна общая графа «Венерические болезни» была разделена на четыре: «сифилис», «шанкры и его осложнения», «перелой и его осложнения» и отдельное выделение венерических болезней под названием «не заразительные болезни половых органов».

Свои взгляды на классификацию венерических болезней Тарновский представил также в своих лекциях по сифилису, изданных в 1893 г. Перелой и мягкий шанкр Тарновский рассматривал как чисто местный воспалительный процесс. Течение сифилиса и описание отдельных его клинических вариантов даётся, в основном, согласно современным представлениям. Ему же принадлежит и заслуга внедрения в практику лечения мягкого шанкра йодоформом в виде присыпок, что способствовало сокращению срока лечения и предупреждению тяжёлых осложнений (1893).

В изданной в 1886 г. монографии «Половая зрелость, её течение, отклонения и болезни» В.М. Тарновский уже разделяет уретриты на

инфекционные и неинфекционные. В этой же книге он выделяет специальный раздел по профилактике венерических заболеваний. Наряду с ошибочными высказываниями, касающимися признания регламентации проституции, автор указывает на необходимость пропаганды медицинских знаний среди населения, своевременного обращения к врачу и раннего лечения.

Большое внимание Тарновский уделял вопросам полового воспитания и полового поведения, половой патологии — это вопросы венеризма, которые и в настоящее время не потеряли своего значения и даже приобрели современную окраску и актуальность. В работе «Извращение полового чувства» (1855) В.М. Тарновский приводит классификацию половых извращений, рекомендует больше внимания уделять воспитанию детей.

Начальник управления военно-медицинских заведений, по инициативе которого она была написана, возбудил ходатайство о награждении Тарновского за этот его труд высшей правительственной наградой. В это же время Тарновский занимался изучением нашумевшего в то время метода лечения сифилиса «оспопрививанием», предложенного в 1856 г. Ознае-Тюреном, и провёл сравнительный анализ существовавших тогда методов лечения сифилиса. Свои научные исследования и наблюдения по этому вопросу В.М. Тарновский опубликовал в работах «О лечении сифилитической болезни оспопрививанием» (1861) и «Об оспопрививании как средстве противосифилитическом» (1862), где утверждал, что оспопрививание не может быть признано средством против сифилиса.

Выступив с критикой взглядов врача В. Ельцинского, В.М. Тарновский на основании своих наблюдений пришёл к правильному выводу, что лечение сифилиса оспопрививанием является несостоятельным. При этом Тарновский настаивал на необходимости при проверке того или иного средства учитывать, что сифилитические проявления могут исчезать самостоятельно, независимо от применяемых средств, и предупреждал больных о возможности поздних проявлений болезни даже после окончания её лечения.

В.М. Тарновский указывал на лечебное действие тепла при сифилисе. В настоящее время метод пиротерапии является общепризнанным при лечении резистентных форм сифилиса, особенно, сифилиса нервной системы.

В работе «Об источниках распространения сифилиса; по поводу вырезывания сифилитического первичного затвердения» (1887) В.М. Тарновский экспериментальным путём доказал, что «вырезывание сифилитического первичного затвердения у здоровых людей и при несомненно сифилитическом источнике поражения, как бы рано произведено не было, не предотвращает развития последовательных явлений сифилиса». В 1896 г. Тарновский был участником Лондонского съезда, где им

было сделано сообщение о злокачественном сифилисе. В 1900 г. в Париже он сделал доклад о бинарном сифилисе.

В отношении излечения сифилиса в то время имелись две точки зрения. Одни авторы считали, что для излечения сифилиса достаточно сделать несколько впрыскиваний ртути. Другие утверждали, что сифилис просто неизлечим. Примером подобного отношения является мнение известного французского сифилидолога А. Фурнье, который уже после доказательств В.М. Тарновского считал сифилис неизлечимым.

Тарновский пришёл к выводу и обосновал свой взгляд об излечимости сифилиса. Этому вопросу он посвятил работу «Излечённость сифилиса» (1900), основанную на длительных, от 20 до 40 лет, его наблюдениях за более 50 больными сифилисом. Это был по тому времени «единственный в своём роде материал». (В.В. Иванов) Обоснование своих взглядов о полном излечении сифилиса Тарновский даёт также в работах «Повторное заражение сифилисом» (1898), «Употребление йодоформа в сифилитической клинике» (1893) и др.

Тарновский не имел в своём распоряжении современных методов исследования, таких как реакция Вассермана крови и ликвора, РИБТ, РИФ и других; однако длительные наблюдения за больными легли в основу выводов, сделанных В.М. Тарновским. Фактически, данные работы явились прообразом того диспансерного метода, который получил развитие в последующие времена. С этой точки зрения, работы Тарновского были и остаются классическими исследованиями, основанными на анализе большого клинического материала.

В.М. Тарновский занимался разработкой различных вопросов сифилидологии. Его работы, посвящённые также изучению врождённого сифилиса, вопросам суперинфекции, сифилитическим поражениям центральной нервной системы, сифилитической афазии, установлению факта аллергического состояния кожи больных сифилисом, что позднее было подтверждено наблюдениями Ге, Неймана и др., представляют большой научный интерес и в настоящее время.

В 1899 г. В.М. Тарновский впервые обратил внимание на признаки врождённого сифилиса. В работах, посвящённых сифилису второй генерации, он с большой убедительностью доказал возможность передачи инфекции врождёнными сифилитиками своему потомству.

Организационный комитет IV Международного съезда дерматологов и сифилидологов предложил В.М. Тарновскому подготовить доклад по вопросу о потомстве врождённых сифилитиков. Описанный им удвоенный сифилис (Syphilis binaria) был признан Галлопо, который, выступая на Международном съезде дерматовенерологов в Берлине в 1904 г., пытался дать объяснение течению этой формы сифилиса. В.М. Тарновский был одним из первых, обративших внимание на профилактическое значение специфического лечения беременных, больных сифилисом: «Наконец, я считаю необходимым назначать меркуриальное лече-

ние с самого начала развития сифилитического первичного затвердения в тех случаях, где оно развивается у беременных женщин» (1877).

Исследования Тарновского и сотрудников его школы ещё задолго до классических трудов Видаля и Раво положили начало изучению сифилиса центральной нервной системы. В.М. Тарновский собрал 52 наблюдения различных видов сифилитических афазий и положил начало разработке учения о невросифилисе в отечественной медицинской науке.

В области экспериментального сифилиса Тарновский (1896) доказал восприимчивость жеребят к заражению сифилисом и предложил его как метод для прививок инфекции животным введением прививочного материала под кожу в заранее образованный скальпелем подкожный мешок. Этот метод широко применялся в лабораториях И.И. Мечникова, Фингера, Ландштейнера и др. Результаты этих исследований опубликованы в его работе «Серотерапия в применении к лечению сифилиса» (1896).

В.М. Тарновский утверждал также, что существует стафилококковая и стрептококковая разновидность сифилитического яда — вопрос, который занимал и занимает в настоящее время умы крупных исследователей в области биологии бледной спирохеты. На основании экспериментальных исследований своего ученика Фосса (1876) он пришёл к выводу, что молоко больной сифилисом женщины точно так же, как и кровь, может передать сифилис, что позднее было подтверждено опытами Мульцера и Уленгута.

Под редакцией Тарновского были изданы переводные сочинения по сифилису Цейселя и Лансеро, которые он сопроводил ценными многочисленными собственными примечаниями, а также монография А. Фурнье «Уклонения в развитии при наследственном сифилисе» (1899) в переводе З.Я. Ельциной. В специальном приложении в 1-ой части этой книги Тарновский указал ряд дистрофических симптомов при сифилисе, наблюдаемых им и не отмеченных автором монографии.

В.М. Тарновский уделял большое внимание подготовке кадров венерологов, а также женскому медицинскому образованию. Уже в первые годы работы в Калинкинской больнице в должности сверхштатного ординатора Тарновский занимался не только лечебной работой, но и проводил обучение прикомандированных к больнице повивальных бабок Башкирского войска диагностике и методам лечения сифилиса. К этой работе Тарновский относился с большим энтузиазмом. Об этом свидетельствует денежная награда, полученная им в 1862 г. по ходатайству военного министра Оренбургского и Самарского генерал-губернатора.

В 1868 г. В.М. Тарновский организовал специальную школу для обучения акушерок распознаванию и лечению сифилиса. С момента её учреждения он преподавал в этой школе в должности доцента по сифилидологии более 25 лет без перерыва. С этого же 1868 г. Тарновский

начал читать лекции по сифилидологии в Медико-хирургической академии.

В.М. Тарновский был одним из организаторов первых в России и в Европе женских курсов «учёных акушерок», открывшихся в 1872 г. В течение всего времени их существования до 1886 г. он занимал кафедру сифилидологии на этих курсах. Когда же эти курсы по распоряжению министра просвещения Вановского были закрыты, Тарновский принимал активное участие в их возрождении. «Александр III был ярым врагом высшего женского образования. Немногочисленные женские высшие учебные заведения, которые существовали в предыдущее царствование, либо были закрыты, либо доживали последние годы; доводили до выпуска наличные курсы, а новые уже не принимали», — писал О.В. Петерсен (1906). И, несмотря на это, в 1899 г. при активном содействии Тарновского вместо закрытых женских врачебных курсов был открыт Женский медицинский институт, в котором он заведовал кафедрой кожных и венерических болезней до конца своей жизни.

Создав на базе Калинкинской больницы Суворовское училище, В.М. Тарновский способствовал тому, что тысячи акушерок и фельдшериц, пройдя подготовку в области венерических болезней, боролись с сифилисом в русской деревне, которая в то время фактически была лишена специализированной медицинской помощи.

В 1897 г., преимущественно на пожертвования частных лиц, был открыт женский медицинский институт. Тарновский выделил крупную сумму на постройку клиники кожных и венерических болезней этого института. Он стремился обучить женщин-врачей венерологии. Под его руководством начала работать первая русская женщина-венеролог З.Я. Ельцина.

Научная и педагогическая деятельность Тарновского сочеталась с его общественной деятельностью. Умер В.М. Тарновский 5 мая 1906 г. в Париже. В соответствии с его желанием его похоронили в Ялте на Аутском кладбище.

В 1880 г. Тарновский на основании изучения работы венерических отделений военных госпиталей Москвы, Одессы, Киева, Варшавы и Вильны указал на рост заболеваемости за последние 10 лет и сделал ряд предложений по её снижению.

По инициативе Тарновского в 1885 г. была организована сифилидологическая секция на первом съезде русских врачей в память Н.И. Пирогова. На этой секции Тарновский выступил с программным докладом «Борьба с сифилисом в России».

В этом же году Тарновский организовал в Петербурге общество дерматологов и сифилидологов, которое явилось первым дерматологическим обществом в Европе. Мысль В.М. Тарновского об учреждении специального общества в России встретила много возражений со стороны представителей разных специальностей. Ученик В.М. Тарновского

С.С. Яковлев писал: «Он рассказывал нам, что советовался по этому поводу в Париже с профессорами Фурнье и Жульеном, и те отговаривали его от этого шага, считая, что не назрела ещё необходимость в таком обществе у врачей, боясь новизны опыта и ссылаясь на отсутствие таких узких специальных обществ в Западной Европе» (1926). По примеру России подобные общества позднее были созданы в Париже, Берлине, Будапеште и Вене. Первым и бессменным председателем Русского сифилидологического и дерматологического общества в течение 21 года был инициатор его создания — В.М. Тарновский; он также был почётным членом многих научных обществ дерматовенерологов.

Наряду с интересными демонстрациями больных, редкими клиническими формами кожных и венерических болезней, клиническими докладами по вопросам патогенеза течения и лечения сифилиса, в обществе делались доклады о проституции, врачебной тайне, призрении и трудоустройстве прокажённых, питомцев воспитательных домов, внеполовом заражении сифилисом, санитарном просвещении, распространении и методах борьбы с венерическими болезнями и т.д. Характерной особенностью этого общества было то, что оно не замыкалось в узкие академические рамки, а живо откликалось на ряд социальных вопросов.

Впоследствии В.М. Тарновский был участником всех Пироговских съездов, с трибуны которых призывал вести борьбу с венерическими болезнями. Он был одним из инициаторов и организаторов первого Всероссийского съезда врачей-сифилидологов, созванного медицинским департаментом Министерства внутренних дел в 1897 г. для обслуживания мероприятий против распространения сифилиса в России. Съезд открылся яркой речью Тарновского, указавшего на громадную роль, которую должен будет сыграть этот съезд русских венерологов.

Ещё в 1893 г. Тарновский на сифилидологической секции 5 Пироговского съезда предложил организацию этого съезда и определил задачи, стоявшие перед ним. Предложение Тарновского было одобрено, и первый в мире съезд обсуждения мер против сифилиса был проведён на два года раньше международной конференции по борьбе с сифилисом.

В 1906 г. В.М. Тарновский был избран почётным председателем XV Международного съезда врачей в Лиссабоне, хотя по болезни он не смог туда приехать. Он был участником всех съездов Общества русских врачей, а затем Пироговских съездов. На них его всегда избирали председателем венерологической секции. В.М. Тарновский состоял почётным председателем Русского сифилидологического и дерматологического общества, почётным членом Московского, Харьковского, Одесского, Берлинского дерматовенерологических обществ, Общества киевских врачей, Общества одесских врачей, Виленского медицинского общества, Общества взаимной помощи женщин-врачей. Он был также членом-корреспондентом ряда французских медицинских обществ.

Тарновский придавал большое значение профилактическим мероприятиям и организационной планомерной работе в борьбе с венерическими болезнями. В своём вступительном слове при открытии заседания секции венерических болезней на 5 съезде общества русских врачей в память Н.И. Пирогова 28 декабря 1893 г. он сказал, что «если лечение больного есть долг врача, то предупреждение болезни — его высшее назначение. Только совместно выработанные целесообразные мероприятия и неуклонное, безустанное и одновременное проведение их в жизнь позволят добиться успеха в лечебно-профилактической работе врачей в борьбе с венерическими болезнями».

В понимании причин распространения венерических болезней В.М. Тарновский имел авторитетного предшественника в лице Н.И. Пирогова. В «Анналах», рассуждая о причинах распространения сифилиса в Дерпте и необходимости борьбы с ним, Н.И. Пирогов указал на значение социальных причин в распространении венерических болезней. В.М. Тарновский придавал большое значение медицинской статистике и считал достоверность статистики сифилиса одним из условий успешной борьбы с ним.

Принято считать, что В.М. Тарновский не избежал и ошибок в этом вопросе; в частности, считалось, что он пропагандировал ложный взгляд на происхождение проституции. Защищая систему регламентации проституции, он отмечает, что там, где регламентация отменялась, сразу же начинался рост венерических болезней (Италия).

Тарновский придерживался теории Ломброзо о прирождённой, наследственно передаваемой порочности проституток. Из этой теории вытекала обречённость проституток на порочную жизнь и бесперспективность борьбы человеческого общества с этим патологическим явлением общественной жизни.

Проституция присуща человеческому обществу, как присущи вообще ему добродетели и пороки. «Под той или другой формой она существовала и будет существовать во всех культурных обществах», — пишет В.М. Тарновский в своей книге «Проституция и аболиционизм» (1888). В этой работе Тарновский пытался доказать неизбежность существования проституции, причины которой видел не в социальных условиях жизни общества, а во врождённой порочности проституток, в сущности «прирождённых проституток».

Исходя из этого, В.М. Тарновский отрицал возможность ликвидации проституции и поэтому пропагандировал необходимость её регламентации. Признавая, что самым злейшим источником распространения сифилиса является проституция, Тарновский и не пытался ставить задачу борьбы с ней. В своей речи на съезде по обсуждению мероприятий против сифилиса он пришёл к выводу, что единственным условием ликвидации сифилиса является излечение всех больных сифилисом, а также, что не надо касаться социальных причин, способствующих его рас-

пространению. В.М. Тарновский указывал на наличие санитарной неграмотности населения, на недостаточную врачебную помощь, но социальные корни явления были от него скрыты. Таким образом, Тарновский был сторонником регламентации проституции и всегда выступал против тех, кто вносил предложение ограничить регламентацию. Эти взгляды Тарновского на проституцию не гармонировали с его полезной деятельностью и были подвергнуты критике в работе Н.С. Москаленко, напечатанной в «Русском журнале кожных и венерических болезней» (1907).

В.М. Тарновский имел своих учеников и последователей, среди которых многие впоследствии стали профессорами: Г.М. Герценштейн, С.С. Яковлев, С.П. Томашевский, С.Я. Кульнев, Е.Ф. Фридман, В.А. Боровский, Т.П. Павлов и др. Его ученик Г.М. Герценштейн опубликовал ценнейшую монографию «Сифилис в России».

При Санкт-Петербургском обществе сифилидологов и дерматологов была учреждена премия имени В.М. Тарновского за русские работы по сифилису, венерическим болезням и борьбе с ними.

По свидетельству лиц, слушавших Тарновского, в частности З.Я. Ельциной, это был блестящий лектор и педагог. В своих воспоминаниях о Тарновском она пишет: «Ценили мы, русские студенты, также и то, что никогда не замечали в нём рабского преклонения перед авторитетом иностранцев. Он был вполне самостоятельным в своём изложении и преподавании, и в его чтении не проглядывало слепого подражания тому или другому представителю французской или немецкой школы».

М.А. Чистяков в своей статье «Памяти В.М. Тарновского» (1906) писал: «Строго, критически относясь ко всем научным начинаниям, он обладал удивительной способностью положительно относиться к действительно творческим идеям современности, он обладал талантом диагносцировать истину и в новых веяниях и, в таком случае, принимать деятельное участие в теоретической и практической их разработке».


ПРОСТИТУЦІЯ

и

АБОЛИЦІОНИЗМЪ.

ДОКЛАДЪ

Русскому Сифилидологическому и Дерматологическому Обществу

ПРОФЕССОРА

Е. М. ТАРНОВСКАГО.

„Secundum naturam vivere, nemini
foedere, sanis caeque tributum".

1946

БИБЛІОТЕКА ННЗдр.
№ 130565
Инвентаризация 1938

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.
ИЗДАНІЕ КАРЛА РИККЕРА.
Невскій пр., 14.
1888.

Рис. 12. **Титульный лист монографии проф. В.М. Тарновского**

Определяя значение Тарновского как учёного, профессора Т.П. Павлов и С.Я. Кульнев (1906) писали: «Нет врача вообще, специалиста в особенности, который не знал бы этого исторического в русской сифилидологии имени». «И, если будет написана история сифилиса в России, то это будет, в значительной степени, история научной и общественной деятельности Вениамина Михайловича Тарновского», — писал О.В. Петерсен (1906). И, действительно, имя В.М. Тарновского неразрывно связано с развитием у нас научной мысли в области сифилидологии. «Нет ни одной главы в сифилидологии, где бы Тарновский... не оставил по себе неизгладимый научный след», — указывал А.И. Поспелов (1907).

Имя В.М. Тарновского пользовалось большой популярностью за рубежом. Он был участником многих международных съездов, где неоднократно чествовали его как выдающегося русского сифилидолога. «Я был свидетелем, — писал О.В. Петерсен, — с каким вниманием слушали его доклады «О злокачественном сифилисе» в Лондоне в 1896 г. и «О бинарном сифилисе» в Париже в 1900 г.» (1906).

Таким образом, В.М.Тарновский создал свою первую иаучную школу в России и подготовил много известных сифилидологов, самостоятельно руководивших кафедрами кожных и венерических болезней. Его учениками были: Т.П. Павлов, В.И. Зарубин, С.С. Яковлев, С.Я. Кульнев, Е.Ф. Фридман, Е.А. Образцов, Г.М. Герценштейн, П.И. Грацианский, Н.А. Михайлов, Я.И. Михайловский, С.А. Волянский, А.И. Будугов, В.К. Боровский, А.А. Введенский, К.Л. Скирский, Н.В. Суков, А.А. Сухов, И.П. Решетников, А.Д. Степанов, Д.С. Чапин, А.А. Чапин, Р.Ф. Фосс, М.С. Уссас, Ф.Ф. Фишер, Ф.Ф. Семперович, Н.П. Черепнин, К.Н. Козловский, П.Я. Калашников, П.Е. Обозненко, И.А. Маев, П.П. Абрамычев, Ф.К. Трапезников, М.А.Чистяков и другие, многие из них в дальнейшем заведовали кафедрами или венерическими отделениями.

Описанию различных сторон жизни и деятельности В.М. Тарновского посвящены работы М.Т. Алексеевой (1906) З.Я. Ельциной (1907), М.А. Чистякова (1906), О.В. Петерсена (1906), А.И. Поспелова (1906), С.С. Яковлева (1926), П.В. Кожевникова (1951), Е.А. Ашуркова (1957) и других.

Литература

1. Архангельский С.П. — В.М. Тарновский, Л., 1966.

2. Алексеев М.Т. — В.М. Тарновский (некролог). Харьковский медицинский журнал. Харьков, 1906, №1, с. 473.

3. Ашурков Е.Л. — Вениамин Михайлович Тарновский и его роль в женском медицинском образовании. Вестник дерматологии и венерологии, 1957, №1, с. 44–46.

4. Гусаков Н.И. — В.М. Тарновский был прав. Вестник дерматологии и венерологии, 2001, №1, с. 52.

5. Ельцина З.Я. — Личные воспоминания о профессоре В.М. Тарновском. Практический врач, 1906, №42, с. 711.

6.Кожевников П.В. — Вениамин Михайлович Тарновский. Вестник дерматологии и венерологии, 1951, №3, с.46-47.

7. Лансеро Э. — Учение о сифилисе. Под редакцией и с примечаниями В.М. Тарновского. Санкт-Петербург, 1877.

8. Петерсен О.В. — Научная деятельность В.М. Тарновского. Практический врач, 1906, №2, с. 170–172.

9. Поспелов А.И. — Памяти профессора Вениамина Михайловича Тарновского. Протоколы Московского венерологического и дерматологического общества. М., 1906–1907, т. 15, с. 118.

10. Тарновский В.М. — Некоторые формы сифилитической афазии. Военно-медицинский журнал, 1868, ч. 101, с. 162.

11. Чистяков М.А. — Памяти В.М. Тарновского. Практический врач, 1906, №42, с. 707.

12. Яковлев С.С. — В.М. Тарновский. Врачебное дело. 1926, №23, с. 1858.

Глава 6
СИФИЛИС В РОССИИ

Г.М. Герценштейн (1885) утверждает, что сифилис проник в Россию из Польши в середине XV столетия и укоренился в стране в результате непрерывных войн, абсолютного отсутствия врачебной помощи населению и низкого культурного уровня народа.

В Литовской хронике за 1496 год упоминается, что болезнь «франками называемая» была завезена из Рима и быстро укоренилась и умножилась (П.Н. Прохоров,1899). Литовский летописец Стрыйский писал, что в 1499 г. одна женщина привезла из Рима в Краков болезнь «французскую», которая поразила многих, в том числе и кардинала Фредерика, а затем в 1495–1496 гг. её занесли из Венгрии военные люди. В конце XV века в Вильнюсе была уже большая эпидемия сифилиса (И.И. Лелис, 1951). В 1581 г. в Литве вышла книга «Сифилис или дворина болезнь» и A. Gratinski «Сифилис или о заразной болезни» (Вильнюс, 1594). О сифилисе упоминает лейб-медик царя Алексея Михайловича Самуил Коллинс, написавший сочинение о России (1659–1667), который отмечает, что вся Польша поражена этой болезнью, и прибавляет, что русские, завоевав Вильно (1655) и многие другие города и области Польши, «взяли в плен и госпожу Lues Veneria и, вероятно, провладеют ею долее, нежели городами, которая здесь до войны вовсе не была известна в течение 1000 лет». Во всяком случае, если сифилис был так распространён в Польше, то вряд ли он не перешёл бы в Россию при частых сношениях и войнах, какие имела Россия с Литвой и Польшей, начиная от Иоанна III и, в особенности, при Иване Грозном и в Смутное время, когда поляки господствовали в Москве, даже при Михаиле Фёдоровиче и Алексее Михайловиче. К сказанному нелишне будет добавить, что Дж. Фракасторо, указывая о распространении сифилиса с 1494 по 1516 гг. в различных странах, говорит, что он появился, между прочим, и в Скифии, под которой вряд ли можно подразумевать какую-нибудь иную страну, нежели Россию. В Московском Государственном Архиве в собрании дипломатических отношений России с Польшей имеются данные о том, что князь Иван III Васильевич, посылая в Литву боярского сына Ивана Мамонова 30 марта 1499 г., наряду с другими поручениями, приказал ему узнать в отношении сифилиса: «будучи в Вязьме, разведать, не приезжал ли кто

из Смоленска с болезнью, при которой тело покрывается болячками и которая называется французскою («а слывёт французска, а будто в вине её привезли»), да и в Смоленске о том пытати и отписать великому князю; да и в Вильне о том пытать, есть ли ещё та болезнь или нет» (Н.М. Карамзин, 1828; С.Г. Ковнер, 1896). Имеется упоминание о сифилисе и в летописи, относящейся к 1493 г.: «Явился у Польши новая немочь, глаголешая Франца, ю же некая жена, ходяще на отпусты, принесе в Риму до Кракова» (Густинская летопись, служившая прибавлением к Ипатьевской, 1493 г., с. 360).

В царствование Ивана IV Грозного (1530–1584) сифилис несомненно был известен в Москве под названием польской, немецкой или французской болезни. Называли его также в России «франки», «франчюг», «болезнь францоватая» и т.д.

В «Домострое», написанном во времена Ивана Грозного Сильвестром, перечисляются многие болезни, в том числе и «френью», как тогда называли сифилис. В послании митрополита Макария (при Иване Грозном) к воинам, сражавшимся около Казани, рекомендуется «не костенеть в связях с жёнами блудными, от которых происходит нечистая болезнь». В житии Германа Казанского (по списку XVII века) говорится, что в то время были специалисты по лечению язв на «студных органах». В народных лечебниках XVI и XVII столетий приводятся составы и способы приготовления ртутных мазей от венерических «нарывов и болячек».

Установить точно, когда именно появился сифилис в России трудно, ибо: «Сифилис вообще принимался за золотуху, порчу, а иногда просто за ничто» (М.Г. Кузнецов, 1871).

Лечением сифилиса в России занимались так называемые чепучинные мастера. Согласно Л.Ф. Змееву (1886) в Москве в середине XVIII века появились «чепучинного дела» мастера и специалисты по лечению сифилиса. По мнению М. Соколовского (1904), это были не врачи, а персонал, соответствующий современным фельдшерам.

Название «чепучинный» мастер или лекарь связано с тем, что они лечили сифилис «чепучинным корнем», привозимым в Россию из восточных стран, в частности, из Персии. Это был корень хины, с хинным деревом не имеющий ничего общего, применяемый в виде декокта, сиропа как потогонное, мягчительное и болеутоляющее средство (Г.М. Родзевич, 1887). Первым чепучинного дела мастером при Аптекарском приказе был в 1667 г. Митрофан Матвеевич Петров, бывший ученик Аптекарского приказа. В 1669–1670 гг. чепучинными учениками и лекарями были его братья, Кирилл и Артемий, затем Г. Зорин, И. Никитин и др.

А.В. Пруссак (1955) приводит следующее описание методики лечения больного сифилисом, по одному из рукописных лечебников XVII века. Больной помещался в специальный ларь, обитый войлоком

или в большую кадь, в которых были дверцы с небольшими слюдяными оконцами, чтобы пациенту «не тонливо было». В ладь или кадь ставили горшок с ведро величиною, в покрышке которого имелось отверстие. Горшок наполнялся кипящей водой, настоенной на «чепучине», в неё добавлялись в большом количестве хина и ряд других растений из вида «сацапарилья». Для большого парообразования больной опускал в воду раскалённые гири. Полагалось «сидеть в пару час или больше», после чего больного одевали в шубу и укладывали в постель. Курс лечения продолжался три недели, а затем после трёхнедельного перерыва повторялся.

В травниках и лечебниках XVIII века встречаются названия: «французская болезнь», «фрянки», «франчуг», «францы», и, следовательно, нет никаких оснований считать, что сифилис был завезён в Россию в 1812 г., как утверждает Г.Ф. Груздев (1946). Наполеоновские войны лишь способствовали дальнейшему инфицированию русского войска во время пребывания за границей.

В 1649 г. был издан специальный наказ о борьбе с венерическими заболеваниями в войсках и «о гражданском благополучии» (П.Н. Прохоров, 1899), в котором объездчикам предписывалось наблюдать, чтобы на улицах не было воровства и проституток.

И. Венедиктов в 1676 г. написал лечебник, в котором подробно описал лечение, диету и режим, соблюдение которых необходимо при данном лечении. «Французскую нечисть» он рекомендовал лечить не только дорогостоящей чепучиною, но и смазыванием «фрянков» мазью, в состав которой входили ртуть, растопленный смалец и сулема. В книге «Об общественном призрении в России» (А.Д. Стог, 1818) приводится текст рукописи времён царя Фёдора Алексеевича (1676–1682) с указанием, где построить «две шпитальни или богодельни» для призрения больных и нищих: «Ещё же многие от таких нищих, которые страшными болезнями и прилипчивыми одержимы, как-то: волком на лице и руках, и те садятся просить во многолюдных местах».

В 1667–1679 гг. по указанию царя в Аптекарском приказе врачами Лаврентием Блюментростом, Степаном Фунгадоновым проводились осмотры лиц, подозреваемых в заболевании прилипчивыми болезнями, в том числе и сифилисом. П.Н. Прохоров (1899) приводит запись от 7 февраля 1679 г., где сказано, что при осмотре князя Ивана сына Борятинского установлено, что у него болезнь чепучинная, и «за такие де болезнями ему князю Ивану государеву служить не мочно». М.А. Фролова (1960) установила, что в 1676–1682 гг. в Санкт-Петербурге были построены «две шпитальни или богодельни», в которых наряду с прочими помещались и больные «франками». В первом госпитале в Москве, основанном в 1706 г., лечились и больные сифилисом. В 1706 г. в госпитале св. Рока в Вильнюсе половину больных составили больные сифилисом (И.И. Лелис, 1954). В 1711 г. по Указу Петра I женщины, ведущие

распутный образ жизни, помещались в прядильный дом, а «винные бабы и девки отсылались в берг- и мануфактур-коллегии» (И.И. Голиков, 1788). В указах 1718, 1728 и 1736 гг. предписывались меры против открытия публичных домов. Под страхом жестоких штрафов и наказаний запрещалось содержать «непотребных жён и девок» (П.Н. Прохоров, 1899).

В 1721 г. Петром I был издан Регламент Главному Магистру, в котором предписывалось строительство специальных домов для лиц «непотребного жития и невоздержания». Указ Елизаветы I 1750 г. гласит: «Непотребных жён и девок и сводниц смотреть с пристойным образом разведывая оных, ловить и приводить в главную полицию, а оттуда посылать в Калинкинский дом». По свидетельству Н.П. Петрова (1883), в Петербурге в 1750 г. на базе прядильного дома в Калинкинской деревне было создано первое в России «лечебно-профилактическое заведение для заключения женщин развратного поведения», с того времени именовавшегося «Калинкинским прядильным домом с госпиталем при нём». В 1762 г. в присутствии Екатерины II Сенат принял решение об энергичной борьбе с распространением венерических болезней, об устройстве в городах особых больниц для больных сифилисом, о бесплатном лечении больных, а также о приёме в эти больницы без каких-либо справок. В Указе говорилось: «Во многих российских городах немалое число людей страждут заразительными и прилипчивыми болезнями, сколько по неимению в тех местах искусных докторов и лекарей, столь больше от стыда укрывают на себе те болезни, от чего вредительные такие весьма болезни на целые фамилии внедряются, а особливо и самые младенцы жизнь прекращают... для отвращения того, учредить при городах в пристойном от них отдалении нарочные к тому дома и определить к оным потребное число докторов и лекарей с надлежащими медикаментами... И лекарям, таким образом, при этом поступать надлежит, чтобы приходящие и приводимые от кого-нибудь для пользования отнюдь спрашиваемы не были, кто какого рода или фамилии, но более стараться о скорейшем их выздоровлении». В этом же году Сенат издал указ о бесплатном лечении больных «французской болезнью» и о выписке их после лечения в Нерчинск. Там была создана колония для больных сифилисом и был назначен специальный штатный лекарь для пользования больных «французской болезнью». 23 января 1763 г. Медицинская канцелярия во исполнение этого указа представила в Сенат свои материалы о необходимости учредить сифилитические дома в виде опыта в Москве, Петербурге и Новгородской губернии: 6 на 50 коек и 3 на 100 коек каждый. 8 мая 1763 г. был издан указ об учреждении и строительстве специальных домов для лечения больных «заразительными и прилипчивыми болезнями». 17 мая 1763 г. вышел Указ Сената «О лечении распутных женщин, одержимых венерической болезнью и о ссылке оных на поселение», изданный по представлению Правитель-

ствующего Сената, который от генерала А.И. Глебова располагал данными о том, что в Петербургском госпитале на 26 апреля 1763 г. среди 671 больного большую часть составляли «одержимые франц-венерию», и предлагалось из обнаруженных «непотребных женщин» и после лечения отсылать на поселение «кои подлые и бродячие» (Полное Собрание российских законов, 1640–1812).

В 1763 г. в Петербурге намечалось открытие особого дома для женщин, больных сифилисом, присланных из острога и полиции. Для этой цели был нанят дом на Выборгской стороне у купца Алексея Овчинникова. Содержание и лечение женщин в нём должно было производиться на средства вновь образованной в том году Медицинской коллегии.

В «Промерориях» от 21 июня 1765 г. указывается на госпитализацию больных сифилисом «в доме купца Овчинникова» и на выделение средств на их лечение «из Медицинской коллегии» в Петербурге[1], а также выделение средств «на поселение» больных сифилисом в Нерчинск и Оренбург[2].

В 1762 г. в Петербурге была открыта секретная больница для лечения женщин, больных сифилисом, переименованная затем в Калинкинскую больницу. Это был своего рода изолятор для проституток типа исправительного дома.

В 1763 г. Екатерина II в своём «Наказе» писала о необходимости «пресечь сея болезни сообщение чрез законы» (В. Бочкарёв, 1917). В 1775 г. в «Учреждении об управлении губерниями» предписывалось лиц «непотребного неистового и соблазнительного жития женского пола» помещать в смирительные дома. В 1777 г. — за полученную «от невоздержанности венерическую болезнь наказывать батогами» (М.Н. Гернет, 1951).

В речи «О происшествии и учреждении университетов в Европе на государственных учреждениях», произнесённой в 1768 г., И.А. Третьяков указал на большую роль медицины в борьбе с «венерической болезнью» (Н.М. Туранов, 1965).

В феврале 1769 г. было открыто ещё одно отделение в доме петербургского купца Ивана Томилина. Однако, до 1790 г. больные сифилисом в Санкт-Петербурге направлялись на лечение, в основном, в адмиралтейский госпиталь. Ежемесячно в госпитале лечились 3–5 больных, в доме купца Овчинникова — 9–10 женщин.

В марте 1771 г. Медицинской коллегией была организована специальная врачебная комиссия для осмотра мануфактурных рабочих Москвы, среди которых обнаружены «у одного за пазухой нарывы, на левом боку, на животе и в том же паху бобоны венерические». Такие больные из Москвы выселялись[3].

[1] ЦГАДА, ф.344, оп.1, н.1, кн.10,л.4.
[2] ЦГАДА, ф.344, оп.1, н.1, кн.10,л.35.
[3] ЦГАДА, ф.344, оп.1, н.2, д.44

В. Гоголев (1803) рекомендовал заводить карточки на каждого больного и о получаемом им лечении, «его поведение также и воздержание от напитков, чтобы в случае его потери прежнего здравия или в случае появившихся вновь любострастных припадков, самовернейшую было возможно отыскать причину всех происходящих или от невоздержания или о недеятельности против той болезни употребляемого средства»[4]. Таким образом, идея учёта венерических больных родилась в России в самом начале XIX века, на 70 лет раньше Э. Шперка, применившего систему карточного учёта в Калинкинской больнице в Санкт-Петербурге (1871).

В рукописи «О мерах для пресечения распространения любострастной болезни между жителями Мамадышского уезда» от 28 июля 1835 г., составленной Казанской врачебной управой, указывается, что «распространившаяся между жителями Мамадышского уезда любострастная болезнь, переходит от родителей к детям». По предложению Казанского военного губернатора местная врачебная управа решила «жителей Мамадышского уезда подвергнуть врачебному освидетельствованию через медицинских чиновников и повивальных бабок... Семейства, в коих все члены заражены, оставлять в собственных домах, равно и тех больных, в домах которых имеется несколько изб, отделяя их от здоровых». Усматривался также порядок госпитализации больных в Мамадышскую, Лаишевскую и Чистопольскую больницы, их изоляции, соблюдения больничного режима, обеспечения их лекарствами и наблюдением. И, наконец, «врачебною управою составлено и на татарский язык переведённое краткое изложение свойства и последствий сей болезни и мерам, как при оной себя содержать, напечатать в нужном количестве экземпляров, распространить между заражёнными[5]». Это была, по-видимому, первая в России попытка провести санитарное просвещение на национальном языке.

Вопросам просвещения молодёжи уделяли внимание в 1773–1780 гг. С.А. Венечанский и А.Г. Бахерахт, М.Я. Мудров (1809), Н.И. Пирогов (1837). В 1773 г. А.Г. Бахерахт в трудах Вольного экономического общества опубликовал статью «О вредных следствиях распространившейся в городах и деревнях нечистой болезни, и о всеобщей пользе публичных больниц, к прекращению сего зла служащих». В 1775 г. Бахерахт выпустил книгу под названием «О неумеренности в любострастии обоих полов и о болезнях, приключающихся от оной, которые мучительным образом наказывают невоздержанных», которая явилась первой русской работой на эту тему. Под разными названиями она выдержала пять изданий, кроме того, была перепечатана в книге А. Бахерахта и

[4] ЦГИАЛ, ф.1294, оп.1, св.2, д.17.
[5] ЦГИАЛ, ф.1299, оп.18, д.67.

С. Венечанского «Собрание разных полезных лекарств на разные болезни с рецептами» (СПб., 1779, изд. 2-е, М., 1787).

О росте венерических болезней во второй половине XVIII века в России свидетельствует заметка в «Медицинском вестнике» (1862) о том, что в 1767 г. начальник Нерчинских заводов был вынужден ходатайствовать об организации особого госпитального отделения для больных венерической болезнью, ссылаясь на то, что «целые семейства заражены этой болезнью».

А.Н. Радищев в «Путешествии из Петербурга в Москву» обвинял правительство в распространении «любострастной» болезни среди народа: «Но что причиною что сия болезнь во всех государствах делает столь великие опустошения, не токмо пожиная много настоящего, но и сокращая дни грядущих? Кто причиной, разве не правительство. Оно, дозволяя распутство мздоимное, отверзает не токмо путь ко многим порокам, но и отравляет жизнь граждан?» В 1790 г. был опубликован указ в отношении цинги и венерических болезней (Полное собрание законодательства Российской империи, СПб., 1830, т. XXXVII, с. 310).

Рост заболеваемости венерическими болезнями заставил правительство, помимо репрессий, приступить к организации лечебной помощи населению. В 1776 г. в Москве была открыта Екатерининская больница, а в 1780 г. в Петербурге — Обуховская сифилитическая больница на 30 коек в дополнение к существовавшей с 1782 г. секретной больнице[6].

Больницы для лечения страдающих «щегольской» или «любострастной» болезнью были открыты в Киеве и других городах.

Заслуживает упоминания книга С.А. Венечанского (1776), преследовавшая цель не только ознакомить с клиникой «пагубной болезни», но и дать практические советы, как можно её «вылечить совершенно через вернейшие, легчайшие и безопасные средства». Автор рекомендует также ряд профилактических мероприятий личного и общественного характера: выявление больных, изоляция заболевших «в особливый на то удобный покой» и пр.

На распространение сифилиса в России в конце XVIII и начале XIX столетий в своих рукописях, хранящихся в различных делах Медицинской коллегии и Медицинской канцелярии в Центральном государственном архиве, указывает Лаганер (1799), В. Гоголев (1803), В. Малахов (1820), И. Малиновский (1836) и другие. В «Обозрении» Лаганера на французском языке указывается на большое поражение сифилисом сельского населения и высокую смертность детей от врождённого сифилиса в Зарайском уезде Московской губернии. Он отмечает также занесение сифилиса в Европу «из Америки примерно 400 лет назад» и подчёрки-

[6] ЦГИАЛ, ф.560, оп.1, д.829.

вает распространение сифилиса в Испании, Италии, Франции, Англии и Германии[7].

Доктор Вольф был направлен из Санкт-Петербурга в Смоленскую губернию «по высочайшему повелению» для изучения причин распространения сифилиса на Смоленщине и принятия мер в борьбе с этой эпидемией. Как видно из его очерка «О степени распространения и пресечения венерической болезни по селениям Смоленской губернии» (1817) на русском языке, причиной эпидемии он считал «большой поход в 1812 г.»[8].

Сочинение доктора медицины и хирургии, бывшего генерал-штабдоктора, старшего советника Василия Малахова «Предложения к умножению благодеяния в народах и увеличению народонаселения» (1820), направленное им Министру духовных дел и народного просвещения, было написано на основе наблюдений автора в деревнях во время его поездки из Одессы в Петербург. Автор пишет, что видел массу людей «заживо сгнивающих целыми семьями от венерических болезней», умирающих от других болезней, лишённых минимальной врачебной помощи: «Подносимые при сём мысли к умножению народного благоденствия сильно подействовавших на меня впечатлений, когда увидеть мне досталось в множайших деревнях крестьянских целыми семействами сгнивающее от любострастной болезни и без всяких пособий человечество. Гибнет беспомощный народ и от весьма многих болезней, ибо кроме увольнения от повинностей никто из владетелей не может подать другого пособия по недостатку врачей».

Предложения В. Малахова рассматривались Медицинским советом и были признаны вполне справедливыми, чем дело и ограничилось[9].

Штаб-лекарь Василий Гоголев (1803) из города Боровска Калужской губернии указывает, что «любострастная болезнь так сильно год от года распространяется, что не только в воинских, но и по многу людству в столичных городах открывается, даже в сёлах и деревнях, которые и понятия о любострастной не имели»[10].

В «Деле о венерической болезни в Сибири» (1812) говорится, что «в Сибирском краю болезнь весьма распространила жало своё, от чего не только претерпевает настоящий род человеческий, но даже и будущие потомки приводятся в ужасное положение, следовательно, умножение народа уменьшается». В связи с этим, Медицинский совет запросил сведения о распространении сифилиса в Иркутской, Тобольской и Томской губерниях[11].

---

[7] ЦГИАЛ, ф.1294, оп.1, д.11.
[8] ЦГИАЛ, ф.1299, оп.6, д.319.
[9] ЦГИАЛ, ф.1294, оп.1, св.52, д.35.
[10] ЦГИАЛ, ф.1294, оп.1, св.30, д.26.
[11] ЦГИАЛ, ф.1294, оп.1, д.28.

Как указывает Малиновский (1836), распространению сифилиса в Сибири способствовали ссылки больных сифилисом в Тобольск, Томск, Тюмень и другие места. Малиновский приводит следующие данные об общем количестве больных сифилисом в Сибири за 1834–1836 гг.: Тобольск — 417, Туринск — 106, Алутогорск — 19, Курган — 17, Ишим — 15, Тар — 238, Тюкал — 71, Березовск — 18[12].

Первая половина XIX века характеризуется продолжающимся ростом заболеваемости венерическими болезнями как среди гражданского населения, так и в армии. В 1808 г. в «Известиях от медико-филантропического комитета» приведены цифровые данные об обратившихся за медицинской помощью в Петербурге в течение месяца больных. Из 810 пациентов у 123 были венерические болезни, которые занимали первое место в ряду других 41 вида заболеваний.

И. Пушкарёв в «Описании Санкт-Петербурга» (1839), перечисляя наиболее распространённые заболевания жителей города, упоминает и «сифилитическую болезнь». Мероприятия по борьбе с сифилисом, как и в XVIII веке, в основном носили репрессивный характер. В 1800 г. Павел I издал указ, предписывающий «развратных женщин, какие есть и впредь оказываться будут в обеих столицах, отсылать прямо на Иркутские фабрики» (Б.Петров, 1826).

М.Я. Мудров в 1809 и Н.И. Пирогов в 1837 в числе мер против сифилиса рекомендовали распространение в народе правильных представлений о сифилисе, его лечении, упорной борьбы со знахарством. Н.И. Пирогов также указывал, что сведения о сифилисе замалчивались правительством.

В работе «Сифилитические язвы», напечатанной в 1837 г. в «Анналах хирургического отделения университета» Дерпта Н.И. Пирогов писал, что в России почти совершенно не рассматривались вопросы о предупреждении и распространении сифилиса. В мае 1843 г. министр внутренних дел Перовский писал Санкт-Петербургскому военному губернатору: «В видах ограничения одной из пагубнейших болезней, к несчастью слишком распространённой в здешней столице, я признал нужным составить при вверенном мне министерстве комитет для изыскания ближайших средств к достижению этой цели». Результатом «изыскания» явилась организация в октябре того же года «особого врачебно-полицейского комитета с целью тщательного врачебно-полицейского надзора за женщинами, промышляющими развратом»[13], и установления регулярных медицинских осмотров проституток и предоставление заболевшим «любострастными болезнями» возможных средств к излечению (А.М. Смирнов, 1897).

---

[12] ЦГИАЛ, ф.1297, оп.16, д.196.
[13] ЦГИАЛ, ф.760, оп.1, д.2524.

Стремясь ограничить распространение венерических болезней, правительство организовало в 1843 г. в Санкт-Петербурге врачебно-полицейский комитет под председательством градоначальника. В деле об учреждении Санкт-Петербургского врачебно-полицейского комитета сказано: «Цель учреждения комитета — искоренение любострастной болезни. Меры, принимаемые для сего комитетом, ограничиваются на первый случай одной столицею, в последствии, по мере представляющих к тому удобств, они должны распространиться и на другие места Империи»[14].

12 мая 1844 г. был организован врачебно-полицейский комитет в Москве, функции которого несколько отличались от Санкт-Петербургского, «ибо цель учреждения в здешней столице не ограничивается одним надзором за публичными женщинами, но и объемлет также охранение здоровья низших классов народонаселения от последствий распространения её за пределы Москвы через рабочих людей, стекающих сюда во множестве со всех концов Империи»[15].

29 мая 1844 г. Медицинский департамент утвердил «Правила для публичных женщин», в §7 которых сказано: «Публичная женщина, заражённая венерической болезнью, если явится в особую женскую больницу добровольно, принимается в неё для лечения бесплатно; затем, напротив, которые поступают в оную вследствии освидетельствования через врачей, то с тех взыскивается определённая сумма»[16].

В инструкции Московского врачебно-полицейского комитета имеются специальные указания врачам, осматривающим рабочих и временно проживающих в Москве, правила содержания борделей, правила поведения публичних женщин, инструкция надзирателям и др.

Для усиления борьбы с сифилисом в Санкт-Петербурге Медицинский департамент требовал усиления контроля за больными сифилисом, обязательного осмотра рабочих и открытия медицинских пунктов на фабриках и заводах Санкт-Петербурга, создания при адресной экспедиции врачебных дежурств для осмотра рабочих[17]. Попечительный совет Санкт-Петербурга в 1865 г. ввиду недостаточности коечного фонда разрешил направлять больных сифилисом гражданских лиц на лечение в Царскосельский военный госпиталь, где для этого было развернуто специальное отделение[18].

8 октября 1845 г. было издано положение «О применении нового уголовного уложения, к существующему надзору за женщинми, промышляющими развратом», заключавшееся в наложении денежного штрафа за тайный промысел развратом публичных женщин. Однако через год

[14] ЦГИАЛ, ф.1297, оп.6, д.1.
[15] ЦГИАЛ, ф.1297, оп.6, д.5.
[16] ЦГИАЛ, ф.1288, оп.16, д.19.
[17] ЦГИАЛ, ф.1297, оп.6, д.8.
[18] ЦГИАЛ, ф.1297, оп.6, д.21.

некоторые губернские управы просили отменить его[19]. А в 1847 г. в Санкт-Петербурге была учреждена особая «Комиссия для надзора за бродячими женщинами».

В кратком отчёте действий Московского врачебно-полицейского комитета за 1849 год указывается, что «Комитет, постепенно распространяя действия свои на счёт врачебного наблюдения за состоянием здоровья женщин, явно занимающихся непотребством, и следя за тайными промышленницами через состоящих при оной надзирателей, в 1849 г. имел в ведении своём промышляющих развратом женщин, открытых в течение года — 1060 и прежде записанных в разряд — 1380, всего — 2440. Из сего числа исключено 676 по разным уважительным причинам. Заражённых любострастной болезнью оказалось 712, некоторые женщины лежали в больнице по два и даже три раза».

В Москве многие проститутки, «чувствуя в себе развитие венерического яда, но не желая обнаружить, отправлялись на лечение в деревни, где весьма легко могут сообщить болезнь». «Осмотр для соблюдения большей скромности может быть один раз в месяц акушеркою сифилитического отделения больницы чернорабочих под надзором разъездного ординатора», кроме того комитетом рекомендовалось производить ежемесячные осмотры «лиц женского пола в заведении дамских мод, особенно, на улице, известной под названием Кузнецкий мост»[20]. При осмотре рабочих Москвы в 1849 г. выявлено 775 больных сифилисом.

В 1850 г. в Москве выявлено было 989 тайных проституток, а в 1849 г. 1060 больных женщин сифилисом. Всего в 1850 г. на учёте «в разряде публичных женщин», которые «подвергались медицинскому осмотру, было 2 300».

К январю 1851 г. на учете состояло и подвергалось осмотру 1123 женщины «вольного поведения». Выявленные больные сифилисом женщины немедленно госпитализировались. «В течение всего года ни одного не было случая, чтобы найденная по осмотру ординатора сифилидологического отделения заражённою из написанных промышляющих развратом женщин в тот же день не была доставлена в больницу»[21]. «Император Николай I окончательно разрешил вопрос о проституции, признав её терпимою в России и повелев приступить к устройству ныне существующих врачебно-полицейских комитетов», — пишет М.Г. Кузнецов (1871), в связи с чем И.Е. Обозненко (1898) резонно спрашивает, «возможно ли в деле борьбы с сифилисом в городах ограничиться преимущественно надзором за проституцией и доставлением всем заболевшим возможности больничного лечения, оставляя без внимания самый корень зла».

---

[19] ЦГИАЛ, ф.1297, оп.6, д.21.
[20] ЦГИАЛ, ф.1297, оп.6, д.21.
[21] ЦГИАЛ, ф.1297, оп.6, д.19.

Надзор за проституцией заключался в предотвращении распространения сифилиса и других венерических болезней среди населения и осуществлялся путём осмотра два раза в неделю всех проституток, зарегистрированных в публичных домах, и одиночек, а выявленые среди них больные направлялись на лечение. Но сам надзор за проституцией мало защищает от заражения и на деле является провокацией к разврату. Прежде всего содержательницы этих домов всегда находят возможность укрывать от осмотра наиболее красивых и практикующих женщин, которые чаще заражаются сами и заражают других. Да и сами врачи в силу своей занятости проводят их бегло, да просто внешние осмотры без специальных лабораторных исследований не дают полной гарантии, что осмотренная женщина является здоровой. Промежутки между осмотрами также являются весьма опасными, особенно в праздники. В дешёвых заведениях на одну женщину приходится 60–80 посетителей, которые рассчитывая на профилактические осмотры проституток, не ограничивают своих желаний и заражаются. Количество посетителей увеличивается также в смотровые дни. Этот обман и является признаком разврата и лишним поводом к нарицаниям на врачей и медицину. Таким образом, эти осмотры развращали и унижали проституток гораздо более, чем их сношения со многими. Регламентация проституции, основанная на врачебных осмотрах, к массе злоупотреблений, ведомых и неведомых, и буквально к белому невольничеству в виде облав, торговли живым товаром, оскорбляя невинных.

Проституция — это ложь человеческого общества незамаскированная наукой и украшенная во всей её наготе.

В.М. Тарновский (1850) писал, — «что между башкирами, мещеряками Оренбургской губернии сифилис до такой степени распространился, и по донесению местных властей многие роды повально были заражены, причём болезнь носила характер крайне тяжёлый».

В «Известиях Санкт-Петербургской городской Думы» за 1664 г. опубликован доклад особой комиссии, образованной для пересмотра городских расходов, из которого видно, что венерические болезни занимали одно из первых мест в ряду других болезней населения страны.

На Дальний Восток сифилис занесён моряками китобойных флотилий в XVIII–XIX столетиях. На Камчатку он проник через Петропавловский порт с солдатами генерал-майора Сомова. В этом же году комендант Камчатки Кошелев на Малкинских горячих ключах «открыл сифилис». В 1807 г., вследствие сильного распространения сифилиса на Камчатке, туда по «высочайшему указу» были командированы врачи, которые должны были принять меры «для искоренения венерической болезни». В 1820 г. начальник Камчатки капитан Любарский по распоряжению комитета министров организовал несколько больниц для лечения больных сифилисом. В XVIII столетии сифилис на Дальнем Востоке принял эпидемический характер и распространился по всему

северо-восточному побережью Тихого океана, Охотского моря, Чукотки и т.д.

26 октября 1839 состоялось заседание Главного губернатора Сибири, на котором обсуждалось и было одобрено предложение штаб-лекаря Малиновского «К пресечению распространения сифилиса в Сибири», указавшего на широкое распространение бытового сифилиса и на необходимость открытия специальных больниц для лечения больных сифилисом. Для работы в волостных больницах он предлагал организовать обучение молодых лекарей. 9 января 1840 г. его предложение обсуждалось на заседании Медицинского совета Министерства внутренних дел и было признано как «заслуживающее уважение»[22].

Э.Ф. Шперк в диссертации «Медико-топографические замечания о сифилисе в северо-восточной Сибири, называемой там проказою» (1863) указывал, что сифилис на Камчатку, в Охотский, Гижинский, Якутский, Олекминский, Верхоянский и Иркутский округа, в Забайкалье и Приморье «был занесён с моря». Он появился на Дальнем Востоке после перенесения Петропавловского порта в Охотск в 1850 г., развития торговли, наплыва молодёжи и появления проституции «как промысла». Американским китобойным судам местное население сбывало пушнину в обмен на спиртные напитки и табак. Местные женщины часто служили приманкой для матросов, на что чукчи «смотрели с наивным юмором». Из Охотска через Якутск товары направлялись по Лене на Юго-Запад Восточной Сибири и вместе с ними распространялся сифилис. В Петропавловский и Николаевский порты сифилис проник вместе с судами, посещавшими Китай и Японию.

Среди якутов сифилис был выявлен в первом десятилетии прошлого века, но он, вероятно, существовал там и ранее. Якуты его навывали «русской» или «худой» болезнью. Возможно также, что сифилис в Иркутскую и Енисейскую губернии был занесён также и с Запада. Старинным очагом венерических болезней служила также и Нерчинская каторга, куда сифилис заносился ссыльными проститутками начиная с 1763 г.

В Амурской области сифилис заметно увеличился в 70-х гг. XIX столетия. В г. Благовещенске он впервые упомина-ется в 1870 г. В XVII–XIX веках сифилис широко распространился как среди местного населения Сибири, так и среди русских служивых людей, купцов, офицеров и солдат гарнизонов. В городах этому способствовали торговые бани, постоялые дворы, гостиницы, меблированные комнаты, где процветали сводничество и проституция.

Первые попытки царской администрации ограничить заболеваемость сифилисом населения Сибири относятся к XVII столетию. Но они успеха не имели, и сифилис продолжал распространяться через ярмароч-

[22] ЦГИАЛ, ф.1297, оп. 16, д.296.

ные сборища, через купцов, торговцев и ссыльных, особенно женщин. Распространению сифилиса среди коренного населения способствовали местные обычаи («трубка дружбы», общая баня, обычай предоставлять гостю женщину на ночлег и др).

До реформы 1861 г. в Сибири, кроме Иркутска, нигде больниц не было (Л.Я. Скороходов, 1926). Для лечения сифилиса народ применял сулему, ртуть, серебро, киноварь, купорос, прижигание трутом, свежую кровь оленя, волчью и медвежью жёлчь и т.д., но основная масса венерических больных оставалась безо всякого лечения или прибегала к помощи бабок и знахарей.

Русские врачи XVIII – начала XIX веков хорошо знали клинику сифилиса, а в некоторых отношениях шли впереди своих западно-европейских коллег. С.Д. Венечанский (1776) и А.Г. Бахерахт (1773–1780) делили сифилис тогда на четыре степени. О.В.Петерсен отделил свежий сифилис от рецидивного (1884). Об этом свидетельствуют рукописные работы русских врачей, в которых содержатся и приоритеты отечественной сифилидологии.

Лекарь Михаил Петровский из города Павловска Воронежской губернии в рукописи «О ранах и о самоудобнейшем средстве лечения оных» (1801) описал твёрдый шанкр независимо от английского хирурга Джона Гунтера: «Различия оных от прочих пород ран суть следующие: поверхность оных белесовата, наполнена слизистой материей, глубоко в части тела человеческого кроющейся, края оных всегда непомерно жестки; больной не чувствует никакой боли, когда они открыты бывают, но иногда не искусственное врачевание избывает, то чрезвычайнейшая боль бывает при страждущем человеке»[23]. Однако, рукопись Михаила Петровского не была напечатана вследствие пренебрежительного отношения к ней членов Медицинской коллегии.

Лекарь Яков Щировский из города Калуги в своей рукописи «О болезнях, от любострастной заразы происходящих» (1816), вопреки распространённому на Западе учению унитаристов, на 15 лет раньше недопустимых опытов заражения здоровых людей гонореей французским венерологом Ф. Рикором (1831–1838) чётко различал среди венерических болезней сифилис и гонорею. Он писал, что «занимаясь сим предметом», в 1805 и 1806 гг. пришёл к выводу, «что судя по удачному лечению сих болезней можно разделить оные на два рода: 1) на перелой — tripper и 2) на венерические язвы; прочие же болезненные явления заслуживают быть названы отделёнными». Щировский рекомендовал и «совершенно новое лечение, принимая за основание нозологическое разделение» этих болезней. В сопроводительной записке от 22 декабря 1815 г. Щировский писал, что сочинение «в двух частях о любострастной болезни по сравнению с первым изданием принято с осо-

[23] ЦГИАЛ, ф.1294, оп.1, св.42, д.1.

бым одобрением оного совета, в своём составе применил классификацию отделений, мне кажется, правильно»[24].

В. Гоголев (1803) высказал мысль об изменённых, очевидно, скрытых формах сифилиса под влиянием лечения препаратами ртути. А. Опроткович (1799) и В. Гоголев (1803) описали признаки врождённого сифилиса, а больным сифилисом женщинам рекомендовали делать аборты. П. Заблоцкий (1857) не считал беременность противопоказанием для лечения ртутью, исключая последние 15 дней беременности. Многие врачи в России считали, что венерические заболевания передаются половым путём.

Много внимания русские врачи уделяли вопросам лечения сифилиса препаратами ртути. В «Наставлении» доктор Егор Рапп (1797) пишет, что «древнейшими и новейшими опытами доказано, что mercurio не обманчивое autdotum против венерического яду. Однако употреблять надобно таким образом, чтобы он достигал всякие ядовитые частицы». И отмечается, что недостаточный приём препаратов ртути «не истребляет французскую болезнь».

А. Аверин (1793) лечил запущенные формы сифилиса азотистой ртутью. Выражевич (1796) выступил против гомеопатических методов лечения сифилиса и указал на недостаточность предложенных С. Ганеманом доз ртутных препаратов, рекомендуя учитывать при назначении этого препарата «разность телосложения и степень раздражительности оного». Он разработал свою систему дозировок в 150 случаях из своей практики[25].

Русские врачи значительно раньше западно-европейских медиков начали применять в лечении сифилиса сулему внутрь в пилюлях и растворах. Так, М. Петровский (1801) на 30 лет раньше Дзонди применил сулему в пилюлях, которая в дальнейшем получила широкое признание для лечения сифилиса в странах Запада, в частности, во Франции и Германии. Метод лечения больных сифилисом сулемой, растворимой в водке, издавна применяемый в Сибири, опубликовал испанский врач Сахнэц в 1763 г., находившийся на службе в России.

В. Гоголев (1803) не советовал принимать внутрь сулему из-за сильного, вызываемого ею, раздражения желудочно-кишечного тракта и слабого лечебного эффекта. Зато он весьма положительно оценивает лечение окуриванием: «Хотя способ киноварного окуривания от любострастной болезни весьма древний, но из довольных и весьма достойных замечаний опытом усмотрены, как всех ртутных средств, так и ртутной мази превосходнейшим, самым деятельным, притом безопасным», и подробно описывает методику его применения старыми и современными ему авторами. Свои исследования В. Гоголев проводил в специально

[24] ЦГИАЛ, ф. 1294, оп.1, св. 53, д.3.
[25] ЦГИАЛ, ф.1294, оп.1, св. 45, д.38.

созданной им на собственные средства больнице для венерических больных в городе Боровске Калужской губернии, одной из первых специальных венерологических больниц провинции. На основании своих наблюдений В. Гоголев пришёл к заключению, что «венерический яд», в результате лечения, иногда становится недеятельным и даёт изменённые формы сифилиса.

В отчёте о борьбе с сифилисом на Камчатке (1829) указывается, что способ киноварного окуривания на Камчатке был известен, будучи «без сомнения введён русскими знахарями»[25].

В числе «противосифилитических средств» рекомендовались также отвары и настои различных растений, например, корень сарсапарили, бакаутовое дерево, хинный корень, казацкий можжевельник и другие — либо самостоятельно, либо с препаратами ртути.

Точного учёта венерических заболеваний тогда в России не велось, указывалось только число по некоторым областям и городам, поэтому рассчитать заболеваемость сифилисом в XVIII и начале XIX столетий практически невозможно. В гражданских больницах России в 1857 г., как указывает А. Забелин (1859), 10% среди госпитализированных составляли больные сифилисом. По Г.М. Герценштейну (1885), при осмотре 74 455 рабочих в 1845 г. было выявлено 0,25% больных сифилисом; в 1846 г. из 73 305 осмотренных — 0,20%; в 1847 г. из 70 248 — 0,13%; в 1848 из 62 829 — 0,11%; в 1849 г. из 55 549 — 0,13%.

По сведениям Медицинского департамента, в 1865 г. гражданских лиц, лечившихся по поводу сифилиса, было 17 673 человека, в 1859 г. — 29 789, из них в Московской губернии — 37 755, в Санкт-Петербургской — 4 799, в Киевской — 1 008. Медицинская помощь населению была ничтожной, а профилактические мероприятия фактически сводились к контролю за явной проституцией и выслеживанию тайной.

Согласно отчётам врачебно-полицейских комитетов России за 1881 г., отмечается значительное распространение сифилиса в Одесской (2 055 больных), Нижегородской (3 498), Тамбовской (7 389), Саратовской (3 681), Воронежской (1 666), Пензенской (4 047), Пермской (3 339) и других областях. По этим же отчётам в 1881 г. в больницах ведомства Министерства внутренних дел лечился 25 431 больной сифилисом, а в лечебницах частнопрактикующих врачей — 47 616; всего — 73 074 человека.

М.Г. Кузнецов в 1870 г. опубликовал «Историко-статистический очерк проституции и развития сифилиса в Москве», а в 1871 г. издал капитальную работу «Проституция и сифилис в России», в которой он приводит сведения о количестве больных сифилисом, лечившихся в больницах гражданского ведомства с 1861 по 1868 гг. по 55 губерниям, свидетельствующие о прогрессивном увеличении числа больных.

[25] ЦГИАЛ, ф.1299, оп.15, д.725.

М.И. Стуковенков (1882) определил общее количество больных сифилисом в Российской Империи примерно в пять миллионов человек. Уже на первом Пироговском съезде врачей (1885) была создана секция венерологии, которая предложила делить сифилис на три периода. Эта секция работала на всех последующих съездах. На ней неоднократно говорилось о сифилисе как о социальном бедствии. Передовые представители медицины указывали на необходимость улучшения санитарного состояния населения как на одно из важнейших мероприятий в борьбе с венерическими заболеваниями.

В 1893 г. на V Пироговском съезде было принято решение о необходимости созыва специального съезда по борьбе с сифилисом. С 15 по 29 января 1897 г. в Петербурге состоялся «Съезд по обсуждению мер против сифилиса в России». В его работе приняло участие около 500 врачей. Это был первый в Европе специальный венерологический съезд. С программным докладом на открытии съезда выступил профессор В.М. Тарновский. В заключительной части он сказал: «Страшен нам может враг тайный, внутренний, незаметно разрушающий физическое и нравственное благосостояние народа, подтачивающий его организм и ведущий к вырождению и вымиранию расы. Таким могучим внутренним врагом России является в настоящее время сифилис, к борьбе с которым мы, как видите, к несчастью, не готовы». Необходимо отметить, что это определение положения, сложившегося сто лет назад в России, не потеряло своей актуальности и в настоящее время, а, скорее, наоборот, приобрело ещё более выраженный характер социального бедствия.

Закончил своё выступление В.М. Тарновский следующими словами: «Но можем ли мы, знакомые с беззаветною преданностью своему делу наших товарищей, разбросанных по всей России, нередко геройски гибнущих в непосильной единичной борьбе, можем ли мы сомневаться в полном успехе их деятельности объединённой, подкреплённой и поддерживаемой обществом и Правительством. Конечно, нет».

На съезде демонстрировалась также картограмма распространения сифилиса с расчётом заболеваемости на 1000 жителей по губерниям России за 1888–1894 гг., составленная доктором В.И. Гребенщиковым.

Необходимо также отметить, что в 1903 г. ординатор городской Мясницкой больницы в Москве А.И. Розенквист издал книгу «Современное состояние вопроса о борьбе с сифилисом в России» и посвятил её участникам этого съезда. В ней автор рассматривает вопросы распространения сифилиса в России. Эпиграфом к монографии А.И. Розенквист взял вышеприведённую первую фабулу из речи на этом съезде В.М. Тарновского. Однако, постановления дореволюционных съездов оставались лишь благими пожеланиями, не реализованными правительством, и заболеваемость сифилисом продолжала увеличиваться. А первая международная конференция по профилактике сифилиса в Европе была проведена двумя годами позже в Брюсселе (М.Г. Хорошин, 1948).

Учёт заболеваемости по стране в целом начался с 1877 г., когда Медицинским департаментом Министерства внутренних дел всем губернским врачебным управлениям была разослана специальная форма («Ведомости») учёта больных, лечившихся от венерических болезней. В 1879 г. на II Московском губернском съезде врачей была принята карточная система учёта больных сифилисом, положившая начало систематическому изучению распространения сифилиса.

9 августа 1885 г. министр внутренних дел утвердил устав первого в мире русского общества сифилидологов и дерматологов, в состав которого входило 20 петербургских врачей, избравших председателем В.М. Тарновского. На его заседании обсуждались вопросы борьбы с венерическими заболеваниями, проблемы проституции, врачебной тайны и т.д. Члены общества участвовали в практических мероприятиях, выезжали в разные районы страны с целью обследования населения и выявления больных.

Русские сифилидологи к 1867–1877 гг. провели огромную работу по изучению клиники, организации борьбы с сифилисом и методов его лечения. Представления о состоянии заболеваемости сифилисом, об уровне научно-теоретических исследований по сифилидологии в России к 1870–1875 гг. даёт В.М. Тарновский в виде приложения к руководству «Учение о сифилисе» Э. Лансеро, вышедшего в Петербурге вторым изданием в 1877 г.

Э. Лансеро утверждал, что на севере России у самоедов, остяков, на Камчатке, в Прибалтике, Финляндии, Курляндии, Подольской и Казанской губерниях «сифилис очень распространён и представляет эпидемический характер с опасными формами», чему способствовали солдаты и проститутки.

В.М. Тарновский, подобно народникам, считал главной причиной распространения сифилиса возвращение крестьян с заработков, промыслов, фабрик и пр., признавая также роль солдат при размещении их на квартирах, передачу его посредством вакцинации, распространение сифилиса воспитанниками домов, отдаваемых в крестьянские семейства на выкормку, что он переходит на се-



Рис. 13. **Титульный лист книги М. Кузнецова (СПб, 1871)**

мейства кормилиц, возвращающихся заражёнными из городов. Сифилис в русской армии был распространён меньше, чем в армиях других государств, что мы рассмотрим в последующем.

Официальные статистические данные о венерических болезнях в дореволюционной России с 1876 г. публиковались в ежегодных «Отчётах Медицинского департамента» Министерства внутренних дел, а с 1896 г. — в «Отчётах о состоянии народного здравия и организации врачебной помощи в России», издаваемых Управлением Главного Врачебного инспектора. Ценные материалы можно также найти в Обзорах санитарного бюро отдельных губерний и уездов.

Больницы приказов общественного призрения были созданы в 1775 г. в каждой губернии. Действовали они на основании «Устава об общественном призрении» и «Устава лечебных заведений гражданского ведомства». Хозяйственно-административное наблюдение за ними осуществлял хозяйственный департамент Министерства внутренних дел, а с 1904 г. — Главное управление по делам местного хозяйства Министерства внутренних дел. По медицинским делам больницы приказов контролировались губернскими врачебными управлениями и центральными медицинскими учреждениями Министерства внутренних дел, Управлением главного врачебного инспектора.

По данным Медицинского департамента, в госпиталях России в 1855 г., по сравнению с другими странами, особенно Парижем, очень редко встречались первичные формы сифилиса внеполовой локализации. В «Отчётах Медицинского департамента» за 1877 г. говорится, что «по приблизительно верным данным» число больных сифилисом в 1856 г. составляло 0,04% всего населения страны и 7,7% прочих больных. По мнению Г.М. Герценштейна (1885), общее число больных сифилисом в стране доходило до 2 000 000 человек с преобладанием заразных форм.

Предпринимались попытки определить количество больных сифилисом в России, выяснить причины распространения венерических болезней по отдельным городам и уездам: Э.Ф. Шперк (1863–1895), П.И. Грацианский (1871–1886), М.И. Стуковенков (1882), Г.М. Герценштейн (1885), З.Я. Ельцина (1896), И.Е. Обозненко (1896–1899), К.В. Гончаров (1910), О.В. Петерсен (1897) и др.

М.И. Стуковенков (1882) определял заболеваемость венерическими болезнями солдат в 5% и, исходя из этого, называл общее количество больных в России равным 5 000 000. Г.М. Герценштейн (1885), возражая М.И. Стуковенкову, справедливо указывал, что нельзя переносить заболеваемость венерическими болезнями у солдат на всё население страны, и полагал, что общее количество больных сифилисом в России равно приблизительно 2 000 000 человек. В.И. Гребенщиков (1897), по материалам «Отчётов Медицинского департамента», определял число больных сифилисом в России за 6 лет (1889–1894) в 4 389 935 человек. При этом

нужно иметь в виду, что статистика Медицинского департамента не отражала действительной заболеваемости, а показывала лишь число обратившихся больных, но и эти данные достаточно убедительно говорят о большом распространении венерических болезней.

Распространение сифилиса в Санкт-Петербурге изучали Э.Ф. Шперк (1877), О.В. Петерсен (1897), пользуясь отчётами больниц; В.И. Гребенщиков (1897) — материалами отчётов Медицинского департамента; И.Е. Обозненко (1890) — данными Калинкинской больницы; А.М. Смирнов (1889) разрабатывал данные заболеваемости населения Казани за 11 лет (1877–1888) и констатировал ежегодное увеличение числа мужчин, больных венерическими болезнями, как холостых, так и женатых.

Ряд авторов, изучив данные учёта, убедительно показали более высокую заболеваемость чиновников. М.А. Чистяков в 1899 г. привёл сведения о заболеваемости сифилисом мужчин из этого класса, среди которых из семи больных шесть заражались от проституток. О высокой заболеваемости сифилисом мужчин указывалось в решении съезда сифилидологов в 1897 г. в выступлении О.В. Петерсена. К.М. Гречищев в 1902 г. привёл данные о том, что в Томске заболеваемость сифилисом среди торговцев и золотопромышленников была в четыре раза выше.

А.Г. Полотебнов (1886) указывал на пагубные последствия заболеваемости сифилисом, ведущие к уменьшению прироста населения, и обращал внимание на недостаток больничных коек, отсутствие амбулаторного лечения, квалифицированных медицинских кадров и баз для их подготовки.

А.И. Фёдоров (1890) провёл углублённую разработку статистических материалов по проституции, но, будучи сторонником регламентации, не понимал основных причин роста венерических заболеваний.

В 1862 г. было утверждено положение Комитета министров о бесплатном лечении больных сифилисом чернорабочих в больницах общественного призрения и земских учреждениях. На бесплатное лечение больных сифилисом отпускалось больше средств, чем на лечение других больных.

Согласно В.И. Гребенщикову (1892), в 1890 г. во всей Российской империи имелось 11 сифилитических больниц, из числа которых четыре больницы на 27 кроватей содержались за счёт правительства, две — на 45 коек — за счёт земства и остальные пять — за счёт городов (две — на сборы с содержательниц домов терпимости). Остальные три больницы: в Москве — Мясницкая на 404 кровати, в Петербурге — Калинкинская на 470 кроватей и Больше-Охтинская на 250 кроватей. Конечно, при таком положении большинство больных, даже в заразном периоде сифилиса, не могли быть все госпитализированы. Страна испытывала крайний недостаток в медицинских работниках. На 1 июля 1890 г. по всей России на 100 000 жителей приходилось 8,4 врача (В.И. Гребенщиков, 1890), а по отчёту Медицинского департамента за 1892 год по всей

империи было 12 435 врачей, 16 577 фельдшеров и фельдшериц, 293 лекарских ученика и 7675 повивальных бабок; большинство врачей и средних медицинских работников не имело достаточной подготовки по венерологии.

А.П. Аристов (1883) предлагал открытие новых и расширение старых учреждений для больных сифилисом, организовать в городах врачебные кабинеты, структуры и функции которых были очень близки к современным кожно-венерическим диспансерам.

В докладе №61 Московской городской Управы по вопросу об устройстве в Москве временного госпиталя на 300 коек для больных сифилисом от 2 мая 1886 г., в заключении которого сказано, что Городская Дума не находит в настоящее время возможность принять участие в расходах на постройку для сифилитиков бараков при заведениях Приказа Общественного Призрения, подведомственных Московскогму Попечительному Совету[27].

По данным официальной статистики, зарегистрировано в среднем ежегодно в период с 1894 по 1903 гг. 920 645 больных сифилисом, что смоставляет 70,7 на 10 000. В 1904 г. зарегистрировано всего 999 869 больных, из которых 51,9% приходилось на заразные формы, причем в больницах лечилось только 94 267 больных, т.е. всего 9,4% всех зарегистрированных.

В.В. Фавр в 1904 г., писал, что для успешной борьбы с сифилисом необходимо рациональное преподавание в средней школе, организация кружков, расширение физического воспитания.

М.А. Членов в 1907 г. на X Пироговском съезде обратил внимание на вредное влияние на молодёжь распространившейся порнографической литературы, на недостаточное влияние со стороны родителей, школ в отношении разъяснения сущности половых процессов.

В секции детских болезней XI Пироговского съезда в 1910 г. обращалось внимание врачей и педагогов на необходимость с 13-летнего возраста знакомить детей и с патологией половой сферы.

В 1907 г. секцией сифилидологии Пироговского съезда была признана необходимость отмены регламентации проституции. В 1913 г. XII Пироговским съездом принято решение о ликвидации регламентации проституции. Как одну из мер в борьбе с проституцией О.В. Петерсен (1897), А.И. Розенквист (1903) рекомендовали организацию сельскохозяйственных и других производственных колоний с оплачиваемой работой.

В деле «О введении положения проекта о врачебно-полицейском надзоре за проституцией в г. Москве» указывается об обсуждении Городской Думой 17 апреля 1901 г. проекта врачебно-полицейского надзора за проституцией, который был передан на рассмотрение Комитету

[27] ЦГИА, ф.179, оп. 21, д.847.

Общественного здравия. В августе этого же года Комитет Общественного здравия обсуждал этот проект и пришёл к заключению, что этим самым он устраняет Городскую Управу от непосредственного участия в деле этого надзора и просил пересмотреть его. В докладе №184 Комитета Общественного здравия по вопросу об участии Московской Городской Общественной Управы в деле надзора за проституцией от 12 сентября 1901 г. указывается, что важнейшим мероприятием в борьбе с распространением венерических болезней является народное просвещение и широкая доступность врачебной помощи больным этими заболеваниями, а не открытие новых домов терпимости. 18 сентября 1901 г. этот доклад обсуждался Городской Думой и по предложению Н.Н. Щепкина единогласно был отложен до следующего собрания.

9 апреля 1902 г. Комитет Общественного здравия вновь обсуждал этот вопрос и просил Московскую Городскую Думу провести совещание для обсуждения вопроса о просветительских мерах в борьбе с венерическими болезнями и согласовать этот вопрос с Комитетом по распространению гигиенических знаний при Обществе русских врачей в память Н.И. Пирогова[28].

В выписке из журнала Московской Городской Думы от 31 мая 1905 г. указано, что проект Положения о врачебно-полицейском надзоре за проституцией в г. Москве противоречит взглядам и убеждениям Городской Думы и рекомендовано усилить санитарно-просветительную работу среди населения, а не учреждать врачебно-полицейский надзор за проституцией в г. Москве.

28 апреля 1908 г. в Московскую Городскую Думу поступило ходатайство Санкт-Петербургского клуба Женской Прогрессивной партии в Министерство внутренних дел рассмотреть вопрос об отмене врачебно-полицейского надзора за проституцией в России, который ставит женщин «вне закона и отдаёт их произволу полиции».

В докладной записке председателя этого клуба врача М.И. Покровской отмечается, что «врачебно-полицейский надзор за проституцией совершает множество злоупотреблений по отношению к женщинам, не достигая своей цели — охраны народного здравия. Наука выяснила, что осмотры проституток не могут предупредить распространение венерических болезней. На международных конференциях доказано, что врачебно-полицейский надзор за проституцией содействует развитию международной торговли женщинами»[29]. И далее в докладной записке сказано: «Санкт-Петербургский клуб женской прогрессивной партии, признавая, что врачебно-полицейский надзор за проституцией оскорбляет и унижает человеческое достоинство женщин, часто толкает их на путь проституции, содействует развитию международной торговли

[28] ЦГИА, ф. 179, оп. 21, д.1944
[29] ЦГИА, ф.179, оп.21, д.1944.

женщанами, сводничеству и развращению молодёжи обоих полов» и ходатайствует перед Министерством внутренних дел «о содействии отмены означенного надзора».

Эта докладная записка составлена 2 апреля 1908 г. и подписана членами этой партии с просьбой вернуть её затем в редакцию «Женского вестника» в Санкт-Петербурге по ул. Шпалерной, д. 42, кв. 18, но она оказалась в историческом архиве г. Москвы без подписей чиновников Министерства внутренних дел.

В прошлом амбулаторно лечилось до 67% больных сифилисом, впервые зарегистрированных с этим заболеванием. Среди всех больных сифилисом лечилось в стационарах только от 8,7% до 14,8%. По предложению передовых врачей строились специальные больницы для лечения больных сифилисом. На средства врачебных обществ в 1860–1890 гг. во многих городах были открыты амбулаторные лечебные учреждения с бесплатным врачебным обслуживанием и бесплатной выдачей лекарств. В 1873 г. в Тамбовской губернии для борьбы с сифилисом устраивались переносные лазареты. По официальным данным больных сифилисом на 10 000 населения регистрировалось: 1890 — 61,1; 1891 — 61,9; 1895 — 65,1; 1896 — 70,6; 1897 — 74,3; 1898 — 72,9; 1899 — 69,5; 1900 — 70,4; 1901 — 71,1; 1902 — 73,1; 1903 — 75,3; 1904 — 70,2; 1905 — 68,4; 1906 — 79,7; 1907 — 73,6; 1908 — 77,6; 1910 — 76,7; 1911 — 78,7; 1912 — 75,7; 1913 — 121,0; 1914 — 110,0; 1915 — 96,0%.

Дети среди больных сифилисом составляли от 24,9% до 30%.

Только в 1902 г. была принята обязательная номенклатура сифилиса, разработаны принципы регистрации и учёта больных сифилисом, за единицу количественного учёта приняты новые заболевания, ранее незарегистрированные (П.П. Хижин,1896 ; М.С. Уваров, 1897; Московское губ. земство, 1914).

В 1912 г. была учреждена Всероссийская лига борьбы с венерическими болезнями. В 1914 г. в Москве состоялось учредительное собрание «Общества призрения детей сифилитиков». 25 июня 1914 г. был утверждён устав Всероссийского общества дерматовенерологов. Было определено значение реакции Вассермана в диагностике сифилиса и в установлении его излечённости как имеющей подсобное значение, целесообразности её применения хирургами, терапевтами, гинекологами, невропатологами, окулистами и др.

Прогрессивными и гуманными были выступления ряда крупных учёных М.А. Манасеина, В.В. Вересаева против широко проводившихся опытов заражения сифилисом здоровых людей в целях изучения течения, клиники и результатов лечения.

Таким образом, сифилис в России до XIX столетия был значительно распространён, в частности, среди сельского населения; особенно заболеваемость возросла после войны 1812 г. Распространению сифилиса в Сибири способствовали ссылки больных проституток, местные обы-

чаи. Много больных сифилисом было в Москве, Санкт-Петербурге, Казани, Киеве и других городах, а также в Одесской, Новгородской, Псковской, Саратовской, Полтавской, Пензенской, Екатеринославской, Ярославской, Сибирской, Тверской, Казанской и других губерниях. Большая часть лечилась у частнопрактикующих врачей, сельское же население пользовалось своими средствами или прибегало к помощи знахарей.

Новая эра в развитии учения о сифилисе и в подготовке врачей по венерологии началась после организации кафедр кожных и венерических болезней в 1869 г. в Варшаве, Москве, в Медико-хирургической академии в Санкт-Петербурге, а с 1884 г. — во всех университетах. Тогда же появились оригинальные учебники по венерическим болезням, в частности, руководство Фёдора Коха (1846), П.П. Заблоцкого-Десятовского «Руководство к узучению и лечению сифилитической болезни» (1857), переводы книг А. Видаля «О венерических болезнях» (1858), М. Симона «Сифилитическая болезнь» (1859) и др.; диссертации Э.Ф. Шперка (1863), Г.М. Герценштейна (1885), И.Е. Обозненко (1898), характеризующие распространение сифилиса в России.

Все профилактические мероприятия по борьбе с сифилисом в России носили паллиативный характер, ибо не устраняли основных социально-политических причин, порождающих проституцию, этот «главный термостат венерических болезней» (А.Ф. Кони, 1901).

Литература

1. Бахерахт А.Г. — О неумеренности в любострастии, о болезнях от оного приключающихся и о средствах, излечению оных способствующих и предосторожности молодым людям обоего пола. СПб, 1780.

2. Бобровский С.А. — Первый Всероссийский съезд по борьбе с торгом женщинами (Петербург, 21–25 апреля 1910 г.). Русский врач, 1910, №27.

3. Васильев К.Г., Сегал А.Е. — История эпидемий в России. М., 1960.

4. Венечанский С.А. — Способы и наставления, по которым заражённые французской болезнью поселяне и прочие старанием своих помещиков и управителей сами собою вылечиваются и от оной болезни предохранить себя могут. СПб, 1776.

5. Герценштейн Г.М. — Сифилис в России. СПб., 1885.

6. Гусаков Н.И. — Неопубликованные работы русских врачей XVIII–XIX столетий по сифилидологии. Вестник дерматологии и венерологии. 1974, №4, с. 63–64.

7. Гусаков Н.И. — Лечение и профилактика сифилиса в России по неопубликованным рукописям русских врачей XVIII – начала XIX веков. Вестник дерматологии и венерологии. 1974, №11, с. 67.

8. Гусаков Н.И. — Открытия, приоритеты и знаменательные даты отечественной дерматологии и венерологии (1499–1973). М., 1993.

9. Елистратов А.А. — Проституция в России до революции 1917 г. М., 1926.

10. Жбанков Д.Н. — О съезде при Медицинском департаменте по обсуждению мероприятий против сифилиса в России. Врач, 1897, №29, с. 799; №30, с. 829.

11. Змеев Л.Ф. — Несколько слов о наших древних специалистах. Медицинское обозрение, 1886, т. 26, №21, с. 826.

12. Исаев Ф.Ф. — Противовенерические мероприятия на Харьковщине в XVIII столетии. Историческая справка. В кн.: Труды Украинского института усовершенствования врачей. Харьков, 1949, т. 1, с. 221.

13. Канторович И.И. — Проституция и общественный разврат. СПб, 1907.

14. Ковнер С.Г. — Сифилис в древности и в древние века. Киев, 1896.

15. Кони А.Ф. — О задачах Российского Общества защиты женщин в борьбе с проституцией. Право, 1901, №13, с. 78.

16. Кони А.Ф. — К борьбе с проституцией. Русский журнал кожных и венерических болезней. Харьков, 1904, №4, с. 78.

17. Кузнецов М.Г. — Историко-статистический очерк проституции и развития сифилиса в Москве. СПб., 1870.

18. Кузнецов М.Г. — Проституция и сифилис в России. СПб, 1871.

19. Лелис И.И. — Сифилис в досоветской Литве и ход его ликвидации в Литовской ССР. В кн.: Сб. науч. трудов Литовского Республиканского науч. исслед. КВИ. Вильнюс, 1951, с. 7.

20. Ломброзо К., Фереро Д. — Женская проституция. М., 1914.

21. Обозненко И.Е. — Материалы для суждения о распространении сифилиса и венерических болезней среди недостаточного населения Санкт-Петербурга. Вестник общественной гигиены, судебной и практической медицины. 1898, №5, с. 366.

22. Обозненко И.Е. — Надзорная проституция Санкт-Петербурга по данным полицейского комитета и Калинкинской больницы. СПб, 1896.

23. Розенквий А.И. — Современное состояние вопроса о борьбе с сифилисом в России. М., 1903.

Глава 7
ЗЕМСТВО В БОРЬБЕ С СИФИЛИСОМ

Ещё до земской реформы на страницах медицинской печати обсуждался вопрос о той форме медицинской работы, которая должна соответствовать условиям послереформенной России. Предшественниками земских врачей были врачи организованной в начале 50-х годов XIX века медицинской службы ведомства государственных имуществ. Это была попытка организовать бесплатную медицинскую помощь крестьянам. К 1852 г. было уже 22 земские больницы. 1 января 1864 г. вступило в силу «Положение о земских учреждениях», введённое в 34 губерниях из 89.

Первая программа земской медицины составлена выпускником Московского университета князем Н.А. Долгоруковым. Он принимал участие в Крымской войне, и на его мировоззрение большое влияние оказал Н.И. Пирогов. В 1866 г. была создана постоянная медицинская комиссия под председательством Н.А. Долгорукова.

Начальный период земской медицины характеризуется упорной борьбой земских врачей с хозяевами земств не только за признание необходимости врача в деревне, но и за введение стационарной системы вместо разъездной (под стационарной понималось в данном случае не наличие коечных учреждений, а постоянное пребывание врача в определённом месте). Так, врачебные съезды в 70–80 гг. XIX века требовали отмены разъездной системы, через промежуточную форму — смешанную; была произведена замена стационарной. При смешанной форме уже существовали постоянные врачебные пункты; врачи выезжали из них только в экстренных случаях: при отравлениях, трудных родах, тяжёлых травмах, эпидемиях и т.д. В начале 80-х гг. XIX века более передовые в экономическом отношении земства приступили к постройке сельских лечебниц, стали приглашать в них врачей; в эти годы, по неполным данным, разъездная система существовала в 134 уездах, в 206 — была смешанной и только в 19 уездах появилась стационарная система. Через 20 лет, к 1900 г., смешанная система была представлена в 219 уездах, разъездная сохранилась только в 2, а 138 уездов перешли на стационарную систему.

Существенную роль в развитии и совершенствовании основных принципов земской медицины сыграла медицинская периодическая печать — «Московская медицинская газета», «Врач», «Русский врач», «Журнал общества русских врачей в память Н.И. Пирогова» и другие, — и передовые медицинские общества — «Общество русских врачей в Москве», «Общество врачей Казани», «Общество русских врачей в память Н.И. Пирогова».

Большое значение в развитии земской медицины имели губернские и уездные съезды земских врачей. Первый губернский съезд земских врачей (Тверской губернии) был проведён в 1871 г. По всем земским губерниям до 1913 г. состоялось 378 губернских съездов земских врачей, помимо специальных съездов и совещаний по борьбе с холерой и др. Особую роль в истории земской медицины сыграли съезды врачей в память Н.И. Пирогова.

Н.И. Пирогов (1872) считал, что главная задача земства в области медицины заключается «в предохранении народонаселения от оспы и распространения сифилиса... Пусть земство ставит эти два предмета главной задачей для своей медицинской деятельности и оно заслужит уже вечную благодарность потомства». Однако царское правительство, введя земскую форму, всячески затрудняло деятельность земства. Так, в 1870 г. в ответ на ходатайство некоторых земств об отпуске средств для борьбы с сифилисом Министерство Внутренних дел предложило отнести расходы «по этой части» на счёт самого земства.

Всероссийские Пироговские съезды, возникшие в 1885 г., служили объединению деятельности земской медицины, выработке программы её действий и обмену опытом, являлись руководящими в практике земских врачей. В руководство Пироговского общества Московской губернии входили: Ф.Ф. Эрисман, Е.А. Осипов, И.П. Попов и другие. На Московских и Петербургских съездах выступали: С.П. Боткин, Н.В. Склифосовский, С.С. Корсаков, А.А. Богров и их ученики; они входили в состав правления.

В период с 1895 по 1905 гг. Пироговские съезды дали земской медицине тщательно разработанную программу деятельности участкового врача, уездного санитарного врача, номенклатуру болезней, указания по борьбе с малярией, туберкулёзом и сифилисом. Успехи земской медицины бесспорны. За 50 лет своего существования число врачебных участков увеличилось с 530 до 2500, возросли расходы на земскую медицину. Однако руководящие деятели земской медицины были склонны к её переоценке. Очень многие задачи земской медицины не были решены. Тем не менее заслуги земских врачей в борьбе с сельским сифилисом неоспоримы и общепризнаны. В.И. Дуброво на VI Пироговском съезде (1896) имел основания заявить, что борьба с сифилисом во многих земствах «доведена до высокой степени совершенства». Этой проблеме земские врачи всегда уделяли большое внимание и часто обсуждали её задачи на своих съездах и на губернских земских собраниях.

Не случайно в постановлении VIII Пироговского съезда (1902) было признано необходимым, чтобы врачебно-санитарное дело оставалось в руках земских и губернских учреждений, а в основу его рекомендовалось положить «бесплатную, доступную, компетентную амбулаторно-госпитальную участковую медицинскую помощь».

З.П. Соловьёв (1914) указывал, что земские врачи проводили работу «за свой страх и риск, как одиночки-кустари»; они были призваны только лечить — решать стоящие перед медициной задачи было нельзя без настоящего хозяина — народных масс. Н.И. Пирогову (1872) принадлежат замечательные слова: «будущее общественной медицины — в руках государства и научной администрации, а не врачебной техники. Только идя рука об руку с рациональными государственными распоряжениями во всех отраслях народного хозяйства и просвещения, — медицина может содействовать к уменьшению распространения и предупреждению болезней и тогда, этим косвенным путём, а не лечением, может содействовать, наконец, к уменьшению смертности масс».

Первые земские врачи прекрасно понимали, что «сифилис, как и целый ряд других заболеваний, есть болезнь социальных условий жизни, его нельзя рассматривать вне этих условий и нельзя обрести никаких специальных мер охраны против его распространения, не изучая этих условий и не употребив всех стараний к возможному их улучшению» (А.Г. Петровский, 1905).

Первые заботы земства Московской губернии в борьбе с заразными болезнями проявились уже в 1865 г. и сосредоточились, в основном, на сифилисе. В 1873 г. губернское собрание учредило при Московской Губернской управе специальную комиссию, поручив ей санитарное изучение губернии и разработку вопроса о распространении сифилиса. С этого времени и начался учёт больных сифилисом в Московской губернии (П.Г. Демидов, 1969).

Отмечая, что «сифилис при современных общественно-бытовых условиях нашего народа — стихийная сила и как таковая, она губит на своём пути всё встречное», Г.М. Герценштейн (1885) констатировал: «сифилис находит в настоящее время благоприятные условия для своего господства в современном существующем социальном строе всего народа». Он указывал, что в борьбе с сифилисом «... только те мероприятия могут иметь существенное значение, которые направлены на последние стороны жизни русского народа. Но решение этой задачи находится вне пределов нашей компетенции». Столь же печальную картину рисует и А.И. Розенквист (1903): «Борьба с таким страшным недугом, как сифилис, идёт у нас вяло, вразброд, в розницу; постановления I сифилидологического съезда в 1897 г. и дальнейшие постановления Пироговских съездов остаются без движения».

В 1863 г. имелось только 2 135 губернских, уездных и городовых врачей для судебно-медицинских вскрытий и набора рекрутов, окружных

врачей на 2–3 уезда, врачей в селениях ведомства Министерства государственных имуществ, в армии и во флоте. Из этого числа надо исключить до 800 врачей, практикующих в столицах, и значительное число городовых врачей (Л.И. Фандеев, 1962). Если в Петербургской губернии на одного врача приходилось 2 300 жителей, то в Самарской — 53 000, в Оренбургской — 70 000 (во всей «внутренней Киргизской орде» в 1874 г. был один врач), а в Томской — 100 000 или 200 000 (Л.И. Фандеев, 1962).

В 1864 г. в России было 48 земских врачей, в 1885 г. — 1347, в 1892 г. — во всей стране 12 485, в том числе 524 женщины. По данным З.П. Соловьёва (1940, к 1914 г., т.е. к 50-летию земской медицины, число врачебных участков возросло с 530 до 2 800, число врачей на селе — с 48 до 2 608. Стационарная система медицинской помощи в 1880 г. существовала в 19 уездах, а в 1901 г. — в 138.

Он описал, что до земства больницы Приказа общественного призрения «были казематами» и земским врачам пришлось в течение долгих лет «приучать деревню к больнице». Он отмечал неподдельную любовь, истинную преданность, горячую убеждённость, упорную энергию в общественном служении земских врачей, что дало им возможность провести колоссальную созидательную работу и занять почётное место в истории земской медицины. Если бы тысячи честных земских врачей-энтузиастов в тяжелейших условиях не проводили бы этой работы по борьбе с сифилисом в России, то положение с заболеваемостью сифилисом в 1917 г. было бы несравнимо хуже (Н.М. Туранов, 1964).

С 1876 по 1896 гг. сведения о заболеваемости сифилисом и некоторыми заразными кожными болезнями публиковались в ежегодных «Отчётах медицинского департамента Министерства внутренних дел», а с 1896 по 1914 гг. — в «Отчётах о состоянии народного здравия и организации врачебной помощи в России». Ценные данные содержатся в обзорах различных земских санитарных бюро и специальных работах о заболеваемости населения в ряде губерний.

Сифилис в царской России был сильно распространён, но утверждения ряда авторов (С.Е. Гальперин, 1934; А. Шевелев, 1937 и др.) о том, что заболеваемость была сплошной и массовой, не соответствуют действительности. Особенно фантастично сообщение «Wiener medicinische Presse» от 20 мая 1905 г. о том, что в России сифилисом поражена половина всего населения, что в Одессе на 450 000 жителей больных не менее 75 000, а в некоторых уездах Рязанской губернии больны почти все поголовно.

Согласно М. Кузнецову (1871), в России с 1861 по 1869 гг. ежегодно регистрировались 62 000 больных сифилисом. По Е.М. Герценштейну (1885), в 1878–1880 гг. больные сифилисом по отношению ко всем обращавшимся больным составляли от 6,2 до 20% и выше. Считая эти цифры в виду недостаточности врачебной помощи заниженными, сам автор определял предположительно число больных сифилисом в стране циф-

рой около 1–2 млн., т.е. 2% всех жителей, а М.И. Стуковенков (1882) — около 50 млн. По данным Медицинского департамента, с 1877 по 1881 гг. в стране лечилось от сифилиса 1 289 477 человек, в том числе 445 836 в больницах; преобладали проявления вторичного периода.

По подсчётам В.И. Гребенщикова (1897), с 1889 по 1894 год было зарегистрировано 4 385 535 больных сифилисом; по Д.К. Заболотному (1909), с 1894 по 1903 г. в среднем регистрировалось по 70,7 больных на 10 000 населения, а по К.В. Гончарову (1910), в 1888 г. в России было учтено 584 756 больных, в 1892 г. — 715 288 (60,6 на 10.000), в 1907 г. — 110 944 (73,6 на 10 000), около 50% из них находилось в третичной стадии (32% в городах и 53% в сельских местностях).

С.П. Порфирьев (1911) в своей диссертации сообщил, что в Европейской России с 1902 по 1907 г. в 50 губерниях врачами зарегистрировано 4 263 742 больных сифилисом, т.е. 65,4 на 10 000. Он обработал данные Медицинского департамента и высчитал, что заболеваемость сифилисом на 10 000 населения была в 1904 г. равна 70,2; в 1905 — 68,4; в 1906 — 74,7; в 1907 — 73,6. В «Русском журнале кожных и венерических болезней» (1915) опубликованы соответствующие цифры за последующие годы, а именно: в 1910 г. — 76,7; в 1911 — 78,6; в 1912 — 75,7 и в 1913 — 76,8 на 10 000 населения. Удельный вес третичных форм был несколько выше 45%.

Ещё А.Г. Полотебнов (1886) считал статистические данные о распространении сифилиса в России весьма малодостоверными, а по мнению В.В. Иванова (1916) цифры, приводимые С.П. Порфирьевым, тоже значительно ниже действительных. Во всяком случае, приходится соглашаться с К.В. Гончаровым (1910), отметившим, что в России за последние 20 лет имеется постоянное нарастание заболеваемости сифилисом и другими венерическими болезнями: «Сифилис в России в настоящее время является одним из самых грозных народных бедствий». Работы ряда земских врачей за период с 1907 по 1910 гг., как отмечает Н.М. Туранов (1964), также свидетельствуют о неуклонном росте сифилиса в те годы.

Чем крупнее город, тем более доступна медицинская помощь и тем выше был удельный вес больных первичным и вторичным сифилисом, указывет Н.М. Туранов (1964), правильно подчёркивая не большую заболеваемость, а большую обращаемость. По сводной общеимперской статистике, в последние годы XIX столетия удельный вес больных первичным сифилисом по отношению ко всем случаям сифилиса был не велик: 1,62%; а по Н.М. Долгополову (1902), заразные формы составляли 38,56% всех форм сифилиса. Процент зарегистрированных больных мужчин был значительно выше, чем женщин и детей.

З.Я. Ельцина (1907) установила, что в Петербурге 45,1% женщин, больных сифилисом, жили в углах, в кухне и общих помещениях и 34,7% — в одной комнате с другими лицами; а К.В. Гончаров (1910)

обратил внимание на повышенную заболеваемость домашней прислуги, женщин без определённых занятий и т.д. Среди сельского населения сифилис носил очаговый характер: одни деревни были сильно поражены, в других он отсутствовал или встречался редко. Явно преобладали третичные формы и внеполовое заражение.

Согласно А.И. Скибневскому (1899), в 1892 г. в Московской губернии сифилис в группе заразных болезней занимал второе место (более 10 000 больных). По данным С.П. Порфирьева (1911), наиболее высокой поражённостью отличались Саратовская губерния (214,3 на 10 000) и Смоленская (204,2 на 10 000). М.А. Чистяков (1883) в Краснослободском уезде Пензенской губернии, осмотрев 25 000 человек, выявил 4,73% больных сифилисом. З.Я. Ельцина (1884) в Крапивенском уезде Тульской губернии в 19% семей выявила больных сифилисом; из 3 316 детей у 14% оказался сифилис. В донесении Вятского губернатора за 1879 гг. говорится, что поражённость отдельных селений сифилисом достигает 30%. По данным П.П. Хижина (1896), в амбулатории Рамони Воронежской губернии с 1889 по 1893 гг. было зарегистрировано 4109 больных сифилисом, из которых 66% — с активными проявлениями третичной стадии.

Значительно более высокой была поражённость сифилисом народностей окраин (Е.Д. Ашурков и Л.А. Штейнлухт, 1959). Томский губернатор доносил, что «в Парымском крае от него вымирает местное население — остяки». Однако в виду крайне плохого учёта к приводимым разными авторами цифрам следует относиться с осторожностью. Достаточно напомнить, что Иванович (1914) опроверг представление о «поголовном» поражении сифилисом якутов. В действительности, в 1910 г. среди всех первичных больных пациенты с сифилисом составляли менее 0,5%, а в 1913 г. — 0,4%.

В деревнях сифилис находил для своего распространения особо благоприятные условия «благодаря бедноте и темноте» (Д.Н. Жбанков, 1896), в силу чего он рассеивался преимущественно внеполовым путём.

Согласно П.П. Хижину (1896) и В.В. Никольскому (1886), более высокая заболеваемость женщин в деревнях объяснялась их более тесным общением с детьми, которые наиболее часто способствовали внеполовой передаче сифилиса. По данным Г.М. Герценштейна (1885), 29,4% больных в 12 губерниях приходилось на долю детей.

Процент заражения в семье путём совместного проживания по данным разных авторов сильно колеблется: от 15,3% — по Н.Ф. Плюшкину (1901), до 77% — по Н.М. Долгополову (1896). На первом съезде по борьбе с сифилисом (1897) было констатировано, что более 70% сельского населения заражаются внеполовым путём. «О внеполовом заражении сифилисом среди людей черно-рабочего класса» писали А.И. Поспелов (1889), В.И. Зарубин (1907) и др.

З.Я. Ельцина (1899) показала, что внеполовое заражение сифилисом одинаково часто встречалось как в России, так и в Западной Европе.

И.Ф. Зеленев (1905) также возражал против «шаблонных указаний, будто бы сифилис в России имеет какое-то особенное течение и распространение в сравнении с культурными странами» и в подтверждение приводил цифры, свидетельствующие, что в 1904 г. наибольшее число внеполовых заражений было в Дании, Норвегии и Швеции (67%), затем — во Франции и Бельгии (49%), на третьем месте стояла Россия и Польша (46%), потом — Австро-Венгрия (37%).

В эпидемиологии внеполового сифилиса в своё время некоторую роль играло оспопрививание «с руки на руку», о чём писал ещё М.М. Руднев (1874), но против чего возражал И. Жуковский (1874). Второй съезд врачей Петербургской губернии (1877), Г.М. Герценштейн (1885) и другие высказывались против такой методики оспопрививания. Способствовал внеполовому распространению сифилиса также и «питомнический промысел» (М.Н. Манасеин, 1901, 1902 и др.). Согласно А.В. Амстердамскому (1901), в 5% заражение сифилисом в деревнях происходило от питомцев воспитательных домов. В Петербургском воспитательном доме в 1881 г. было 34 000 детей, из них 27 000 были розданы на воспитание в деревни, хотя при обследовании 26 569 из них у 319 (1,2%) были обнаружены явления сифилиса.

В.М. Тарновский (1877) в примечании ко второму изданию перевода книги Э. Лансеро «Учение о сифилисе» отрицал утверждение де Ванкура о том, что сифилис в русских деревнях распространяется главным образом солдатами и проститутками, и видел причину этого зла в отхожих промыслах. По словам Г.М. Герценштейна (1885), фабрики служат «одним из могучих распространителей сифилитической заразы... жизнь рабочих отличается крайним разгулом, бесшабашным развратом, непрерывным пьянством».

Д.Н. Жбанков (1903) свидетельствует, что в уездах, где развит отхожий промысел, больше грамотных, что там лучше и сознательнее лечатся, заразные болезни действуют среди них не так губительно, ребята содержатся чище, поэтому у них встречается чесотка и другие накожные болезни.

Н.С. Сперанский (1901), разработав статистические карточки больных сифилисом в Московской губернии с 1880 по 1897 гг., писал, что выявлено 101 741 больных сифилисом среди населения области. Больше больных регистрировалось в Верейском, Дмитриевском, Звенигородском, Коломенском и Можайском уездах. Среди выявленных больных сифилисом преобладали женщины. Из сводных таблиц заразных заболеваний и деятельности лечебниц в Московской губернии в 1892 г., представленных губернскому земскому собранию, заразных форм сифилиса было более 10 000.

В царской России в городах лечебная помощь больным сифилисом фактически была отдана в руки частнопрактикующих врачей, а на селе врачебная помощь была крайне недостаточна.

Съезды земских врачей и Пироговские съезды всегда уделяли много внимания вопросам борьбы с сифилисом. В качестве примера укажем, что в 1872 г. Московское губернское земское собрание поручило Управе разработать вопрос о принятии на губернский счёт расходов по лечению больных сифилисом, а в 1787 г., создав санитарную комиссию, поручило ей обратить «первоначально преимущественное внимание на сифилитическую болезнь». Во многих уездах, земских собраниях утверждались специальные инструкции для земских врачей. Так, в инструкции по Петербургскому уезду в 1879 г. «особенное внимание врача обращается на искоренение сифилитических болезней, для чего таких больных помещать в больницы». На первом же году существования общества русских врачей в Москве А.Т. Тарасенков (1858) сделал доклад «О средствах для предупреждения распространения сифилитической болезни».

В работах передовых земских врачей можно найти элементы диспансерных методов борьбы с сифилисом. Так, А.П. Аристов (1883) разработал стройную систему профилактических мероприятий, определил задачи, структуру и функции городского врачебного кабинета; рядовые земские врачи разработали формы регистрации больных, ввели в практику «семейные списки», проводили профилактические осмотры тех или иных групп населения, изучали эпидемиологию сифилиса, особенности его течения в определённых условиях, например, в деревне, проводили санитарно-просветительную работу и т.д. По вполне понятным причинам диспансерные методы получили своё блестящее развитие только в условиях советской действительности.

Первоочередной задачей земских врачей было выяснение, хотя бы ориентировочное, количества больных сифилисом.

Как известно, впервые карточная регистрация была введена в 1871 г. в Калинкинской больнице в Петербурге; в карточках, помимо паспортных данных, отмечался ход лечения, течение заболевания, исход и т.д. На I съезде земских врачей Вятской губернии (1874) по докладу Нагорского была рекомендована карта индивидуального учёта больных сифилисом, во многом сходная с современной учётной формой 281. Постепенно такой учёт был введён во многих земствах: в Петербургском с 1875 г., в Московском с 1877 г., в Пермском с 1891 г., в Костромском с 1895 г. Несмотря на большой радиус врачебных участков, далеко не полную обращаемость, земскими врачами был собран большой материал, позволивший сделать ряд ценных выводов. Достаточно сказать, что, например, по Московской губернии за 1880–1882 гг. накопилось 18 465 карточек (без дубликатов), по Богородскому уезду — свыше 10 000 и т.д.

В 1885 г. К.Д. Попов в Курской губернии составил и разослал земским врачам списки всех больных сифилисом по губернии.

Многие земские врачи в течение ряда лет вели посельско-посемейные списки больных сифилисом, в которые записывалось санитарное состояние каждой крестьянской семьи. При уходе врача этот весьма

ценный для практической работы и решения научных вопросов материал передавался преемнику. Д.Н. Жбанков (1896) считал, что «только посемейные записи по отдельным деревням, веденные постоянно в каждом участке, могут дать точные сведения о распространении сифилиса среди населения».

Эта система была рекомендована VI (1896) и VII (1903) Пироговскими съездами, а Н.М. Долгополов с трибуны VI съезда русских врачей (1896) заявил, что «ведение таких подворно-посемейных списков составляет нравственный долг врачей перед населением».

Конечно, эта система учёта была далека от совершенства. Дело в том, что «количество записанных сифилитиков в каждом селении обратно пропорционально расстоянию его от врачебного пункта, а тяжесть проявлений сифилиса прямо пропорциональна этому расстоянию» (А.И. Ефимов, 1902). Посещения земской амбулатории зависили от расстояния, условий погоды, свободного времени, перевозочных средств и т.д. Большую роль играло также доверие населения: чем дольше существовал в данном месте врачебный пункт, тем больше он регистрировал больных.

Первый принудительный поголовный осмотр населения для выявления больных сифилисом был произведён в 1860 г. в Соликамском уезде Пермской губернии и вызвал такое возмущение жителей, что в 1874 г. Правительствующий Сенат запретил производить впредь такие осмотры жителей селений без их согласия. Более успешно они проводились в Уфимской, Пензенской Тульской и др. губерниях (М.А. Чистяков, 1883; З.Я. Ельцина, 1884; Л.С. Чапин, 1895; П.А. Грацианов, 1896; А. Степанов, 1896 и др.).

В.М. Бурлаков (1896) считал, что «при определении степени распространения сифилиса среди населения способ этот является одним из верных и ценных для точных выводов и обобщений». Н.Е. Фриновский (1895), Н.М. Долгополов (1896), Г.М. Герценштейн (1896) и др. указывали, что этот метод является лучшим «для обнаружения существующего числа сифилитиков». На этом материале была построена первая и единственная в своём роде докторская диссертация А.И. Ефимова (1902) о сифилисе в русской деревне.

Недостатком этого метода была неизбежная ограниченность района обследования, недостаток времени на проведение этих осмотров и без того перегруженных земских врачей. Приглашение для этой цели в помощь врачам по рекомендации В.М. Тарновского повивальных бабок (например, в Нижегородскую губернию) носило лишь эпизодический характер, хотя их деятельность по выявлению и лечению сифилиса была весьма важной, особенно для женщин, и была высоко оценена местными земскими врачами.

Для выяснения степени поражённости сифилисом и организации лечения иногда посылались экспедиции, отряды, делались выезды спе-

циалистов. Так, в 1875 г. в Киргизию выезжал заведующий сифилидологической больницей в Устюге Л. Соколов и врач В. Бутин; в Томскую губернию по рекомендации В.М. Тарновского ездили в 1894 г. А. Степанов, Д. Чапин, Д. Флитнер; Касимовское уездное земское собрание горячо благодарило Г. Виноградского из Калинкинской больницы за помощь в борьбе с сифилисом. В этих отрядах участвовали акушерки-воспитанницы курсов при Калинкинской больнице, в частности, А. Зевих, работавшая в Рязанской губернии, А. Григоровская и А. Бархман — в Оренбургской губернии, где и скончались от тифа во время командировки, и другие. Д.Д. Степанов (1894) обследовал население Нарымского края, проехав на лодке более полутора тысяч километров.

Идея профилактических осмотров некоторых категорий лиц, занятых в торговле, пищевых предприятиях, обслуживающего персонала бань, гостиниц, прислуги и т.д. зародилась также у земских врачей. На III съезде земских врачей Вятской губернии (1876) рекомендовалось «учредить особые пункты для осмотра прислуги по желанию нанимателей» и вместе с тем обращалось внимание на «щекотливый вопрос — осмотр господ: есть факты, где прислуга совершенно невинно заражалась от своих господ». В Пермской губернии в ряде случаев осматривались врачами лица, возвращающиеся с отхожих промыслов, поступавшие на заводы, демобилизованные солдаты. В Казани в 1886 г. также проводился бесплатный медицинский осмотр женской и мужской прислуги в амбулатории губернской земской больницы. Тамбовский губернский съезд земских врачей (1896) признал осмотры прислуги и рабочих без осмотров их хозяев «нецелесообразными и несправедливыми, а осмотры тех и других — неосуществимыми». П.И. Илинский (1902) предлагал всех лиц, которые должны подвергаться медицинским освидетельствованиям, снабжать санитарными книжками.

В ряде земств ставился вопрос о необходимости производить медицинские осмотры всех принимаемых и увольняемых с фабрик и заводов, указывалась роль этих предприятий в распространении сифилиса, поскольку в них совершенно отсутствует медицинское обслуживание рабочих и их семей (V съезд земских врачей Вятской губернии, 1888).

Несмотря на тяжелейшие условия работы, земские врачи серьёзно задумывались, как обеспечить соответствующий контроль за полноценным лечением, значение которого для них было совершенно очевидным. Земское собрание Московской губернии в 1871 г. рекомендовало требовать от больных сифилисом, чтобы они посещали лечебницы до полного излечения, а при неявке вызывать их через сельское начальство.

Периодические осмотры больных сифилисом рекомендовали Н.А. Кривский (1876), М.М. Чашницкий (1883), Я. Кошеев (1897), М.Г. Зайцев (1889) и др.

Однако реализовать на практике эти совершенно правильные установки, прообраз современного патронажа, земские врачи в условиях своей работы были не в состоянии.

Н. Аксаков (1897) подчёркивал: «Необходимо осматривать при поступлении сифилитика всех остальных оставшихся дома из его семьи», рекомендовал «земским врачам выезжать в те селения, где гнездится сифилис и открывать сифилитиков», а также указывал, что «весьма желательно самое тщательное разыскивание явных и тайных источников заразы».

В 1894 г. Тульское губернское земское собрание безуспешно ходатайствовало, чтобы из Московского воспитательного дома детей моложе 6 недель не передавали на воспитание в крестьянские семьи, так как «до этого возраста в них не успевают проявиться признаки врождённого сифилиса». Для предупреждения заражения сифилисом детей VII съезд врачей Вятской губернии (1897) рекомендовал осматривать школьников в начале учебного года и больных изолировать, а также регулярно проводить медицинские освидетельствования детей в приютах, яслях и т.д.

В Воронежской губернии в 1898 г. впервые в России на период летних полевых работ были в трёх врачебных участках созданы примитивные ясли для детей, больных сифилисом, где они получали необходимое лечение. Такие же ясли позднее были организованы в Ардатовском и Симбирском земствах, а также в некоторых волостях Пермской губернии (Б.М. Дацковский, 1963).

В 1862 г. было утверждено положение Комитета Министров о бесплатном лечении от сифилиса чернорабочих в больницах Приказа Общественного Призрения, а в 1867 г. оно было подтверждено и распространено на земские учреждения.

В 1875 г. Московское губернское земское собрание рекомендовало создать во всех уездах при врачебных пунктах лечебницы на 5–10 коек, куда принимать также больных сифилисом и установить их бесплатное лечение не только в больницах, но и в амбулаториях, на дому и в фельдшерских пунктах.

В 1883 г. Правительствующий Сенат предложил не ограничивать бесплатное лечение только лицам крестьянского сословия. Бесплатный амбулаторный приём для приходящих больных с безвозмездной выдачей лекарств по инициативе земства в Московской, Петербургской и других губерниях, а также по инициативе врачебных обществ был организован в Одессе (1860), Ярославле и Иркутске (1863), Харькове (1865), Москве (1869), Калуге и Симферополе (1869) и др.

Земское собрание Московской губернии рекомендовало, помимо имеющегося врачебного персонала, приглашать в каждый уезд врача, фельдшера и акушерку специально для борьбы с сифилисом, но это благое пожелание так и не было реализовано до Октябрьской революю-

ции. Однако Херсонское земское общество в 1885 г. в каждом уезде учредило должность санитарного врача, в круг обязанностей которого входило также лечение больных сифилисом. Курское земство в 1888 г. пригласило двух врачей для борьбы с эпидемиями и сифилисом, а в 1887 г. пять врачей для той же цели — земство Балашовского уезда Саратовской губернии.

По инициативе В.М. Тарновского в 1868 г. в Петербурге при Калинкинской больнице было создано училище для акушерок по диагностике и лечению венерических больных; его окончили более 2 000 акушерок, принёсших огромную пользу женщинам на селе. «Врачебный устав» (1886) предоставлял повивальным бабкам, окончившим это Суворовское училище, право лечения больных сифилисом женщин и детей так, где нет врачей. Г.Л. Рогинский (1910) поднимал вопрос о необходимости и обязательности преподавания венерологии во всех акушерских школах.

В 1865 г. общество Архангельских врачей в письме «О мерах к предупреждению распространения сифилиса» высказало прогрессивный взгляд на это заболевание как на болезнь социальную, распространение которой нельзя предотвратить никакими медико-полицейскими мерами. Для достижения этой цели общество рекомендовало «образование народа с гигиенической точки зрения: расширение врачебной помощи в сельских местностях, установление бесплатного лечения, профилактические осмотры возвращающихся с отхожих промыслов, установление наказания за заражение». Медицинский департамент, конечно, отклонил эти предложения, мотивируя это тем, что они не были «подкреплены статистическими исследованиями».

Многие решения губернских съездов земских врачей отменялись губернаторами, Министром внутренних дел и Правительствующим Сенатом, которые признавали их «излишними» и «выходящими за рамки решения хозяйственных вопросов». Зато правительство спокойно относилось к таким навеянным реакционными мракобесами решениям, как принятое в 1875 г. Коломенским уездным собранием: «Лечение может производить в селе каждый священник, а в деревне — грамотный и благонадёжный крестьянин».

Ещё А.Г. Полотебнов (1886) указывал на трудность лечения крестьян. Так, например, в Казанской губернии в то время на одного врача приходился участок с 85 843 жителями и площадью 3 476 кв. вёрст, а на одну общую койку от 158 до 766 больных. Даже в 1907 г. только около одной трети всех фабрик имели хоть какое-нибудь лечебное учреждение для рабочих.

В 1879 г. в Москве и Петербурге было организовано бесплатное амбулаторное лечение больных сифилисом при полицейских участках, но в 1881 г. эти амбулатории были закрыты. Бесплатная амбулатория для кожных и венерических больных была открыта в Петербурге при Ка-

линкинской больнице в 1879 г. Как сообщает С.Ф. Проскуряков (1916), в ней число больных мужчин первичной и вторичной стадией сифилиса по отношению к общему числу больных сифилисом составляло в 1913 г. — 17,6%, в 1914 — 26,8%, а в 1915 — уже 31,4%. С 1885 по 1901 гг. З.Я. Ельцина вела бесплатный приём по сифилису в Георгиевской общине для рабочих Выборгской стороны. По инициативе О.В. Петерсена при Клиническом институте в Петербурге в 1886 г. была создана поликлиника с приёмом по кожным и венерическим болезням. Однако, как свидетельствует К.В. Гончаров (1910), даже в Петербурге не пользовалось стационарным лечением около 3/4 больных сифилисом и около 2/3 больных мягким шанкром, а из числа больных гонореей лечилась только 1/7 часть. В 1917 г. амбулаторный приём производился в Калинкинской, Петропавловской, Обуховской и Александровской больницах врачами-специалистами.

В Москве амбулаторное лечение больных сифилисом с бесплатной выдачей им лекарств организовал впервые при Мясницкой больнице в 1876 г. А.И. Поспелов, а V Московский съезд земских врачей признал наиболее рациональным систематическое амбулаторное и стационарное лечение венерических болезней.

Объём амбулаторного лечения больных сифилисом на селе был ничтожно мал. Так, согласно П.П. Хижину (1897), в Воронежской губернии на каждого больного в год приходилось всего 2 повторных посещения, а по Д.Н. Жбанкову (1896), в Смоленской губернии — 2,8. По данным М.А. Хворостинского (1905), обратившиеся в амбулатории составляли от 15,2 до 25,8% фактически имевшихся больных сифилисом; число повторных посещений на одного больного в 1902 г. при заразных формах равнялось 2,1, а незаразных — 3,8.

На протяжении всего времени существования земской медицины одним из самых трудных вопросов борьбы с сифилисом была проблема госпитализации. Как указывает Д.Н. Жбанков (1896), больничная помощь была крайне недостаточна: на койку попадало менее 1,6% нуждающихся больных; по К.В. Гончарову (1910) и М.А. Хворостинскому (1905) — всего 25–40% больных с заразными проявлениями сифилиса, а по Е.Д. Ашуркову и Л.А. Штейлухту (1959), 12,6% больных свежими формами сифилиса.

В Москве, как указывает А.И. Розенквист (1903), для госпитализации больных сифилисом было 807 коек, т.е., 1:1450 жителей — больше чем в Лондоне (1:38 000). В сифилидологическое отделение Екатерининской больницы с 1821 по 1872 гг. поступило более 8000 больных сифилисом (П. Ширяев, 1876).

Не лучше было положение и в других городах. Так, В.Г. Клячкин (1917) сообщил, что в женскую венерологическую больницу Киева в 1913 г. поступило 916 пациенток, а 1550 было отказано; в 1915 г. принято 945 и 10 829 отказано; в 1916 г. поступило 1203, а отказов было 14 148. Первые

койки для венерических больных в Перми были открыты в 1876 г.; в 1913 г. их было 167, т.е. одна койка на 92 больных (Б.М. Дацковский, 1963).

На селе иногда открывались временные стационары, как, например, в Кадыновском заводе Кунгурского уезда в 1875–1877 гг., в некоторых деревнях Чердынского уезда (Б.М. Дацковский, 1963).

По инициативе А.И. Поспелова в Москве был открыт специальный родильный приют для женщин, больных сифилисом, а в Петербурге по инициативе З.Я. Ельциной (первая русская женщина — врач-венеролог) в 1885 г. было открыто специальное больничное отделение для больных сифилисом детей, которым она заведовала много лет.

В 1883 г. проститутки г. Харькова открыли в городе частную венерическую больницу на 20 коек, на содержание которой каждая от своего заработка отчисляла по 8 рублей 20 копеек каждую треть года. Это была единственная венерическая больница в дореволюционном Харькове.

Мало кто знает, что автор известных романов «Мастер и Маргарита», «Собачье сердце» и других сочинений М.А. Булгаков является не просто писателем, а врачом-дерматовенерологом. После окончания медицинского факультета Киевского университета в 1916 г. М.А. Булгаков служил в госпитале Юго-Западного фронта, а затем около двух лет работал венерологом в Никольской больнице Смоленской губернии, где впервые организовал сифилидологическое отделение. В своём рассказе «Звёздная сыпь», опубликованном в 20-х гг. в журнале «Медицинский работник», М.А. Булгаков указывает на высокую заболеваемость сифилисом сельского населения Смоленской губернии, которая составляла 200 случаев на 10 000 населения.

Считая госпитализацию больных заразными формами сифилиса одним из важнейших условий успеха в борьбе с этим социальным бедствием, земские врачи настаивали на развёртывании необходимого количества коек и отделений при городских, заводских и участковых больницах. В частности, этот вопрос поднимался на II съезде земских врачей Курской губернии (1834) Н.А. Савицким, ссылавшимся на пример передового Московского земства, где устраивались небольшие больницы для больных сифилисом, которым не приходилось благодаря этому уезжать для лечения далеко от дома.

К сожалению, таких коек было очень мало и имелись они далеко не везде.

Большое значение придавали земские врачи и русские научные деятели ещё в дореволюционные годы санитарному просвещению в борьбе с сифилисом. Так, А.И. Полотебнов (1886) рекомендовал внушать народу, что «сифилис не составляет болезни позорной» и подчёркивал, что «образование народа и поднятие его экономического благосостояния должны составлять наиболее действительные профилактические методы против сифилиса».

Однако «Высочайшие утверждённые правила народных чтений» (1876) допускали их только в губернских городах с разрешения в каждом случае губернатора, только в казённых и общественных зданиях; на фабриках и других промышленных предприятиях они не допускались. Текст чтений подлежал одобрению Учёного комитета Министерства Народного просвещения и никаких отступлений от него делать не разрешалось. Лишь в 1894 г. было позволено проводить «чтения» в уездных городах при условии, чтобы это происходило «под непосредственным наблюдением и ответственностью ближайших представителей духовного или учебного ведомства» и чтобы «нравственная благонадёжность лиц занимающихся устройством народных чтений, были надлежащим образом удостоверены».

Учитывая огромный процент неграмотных, крайне низкий культурный и гигиенический уровень жизни крестьянского населения, земские врачи, фельдшеры и акушерки могли принести огромную пользу, пропагандируя элементарные санитарно-гигиенические знания. Д.Н. Жбанков (1896) писал: «conditio sine qua non борьбы с бытовым сифилисом — самое широкое распространение народного образования и популяризация гигиенических сведений среди народа». В Вятском земстве были детально разработаны конкретные формы санитарного просвещения: индивидуальные беседы с больными, издание и распространение популярных брошюр и листовок о сифилисе, чтения и беседы, санитарное просвещение среди преподавателей народных училищ, чтение лекций по гигиене в школах, устройство бесплатных народных читален, организация больничных библиотек для больных и т.д. П.В. Никольский (1883), говоря о важности санитарно-просветительной работы, указывал «на полную возможность распространения знания даже в неинтеллигентной среде, что наблюдается на амбулаторных больных дерматологической клиники: все больные, которым разъясняется свойство болезни, относятся в высшей степени аккуратно к своему лечению».

Передовые земские врачи, говоря словами П.П. Хижина (1897), ставили перед собой задачу «лечить и учить», имея в виду «...поднятие как умственного развития, так и экономических условий быта сельского населения», а царское правительство как раз этого-то и боялось. Поэтому I съезд по борьбе с сифилисом в России (1897) вынужден был констатировать, что разрешение санитарно-гигиенических бесед «обставлено в настоящее время затруднительными формальностями». В каждом случае о предоставлении земским врачам права вести такого рода беседы с населением требовалось разрешение Министерства Просвещения. Власти постоянно опасались «крамольной пропаганды».

Например, Костромской губернатор пришёл к заключению, что удовлетворение ходатайства губернского съезда земских врачей 1896 г. «проводить чтения при появлении эпидемии для ознакомления крестьянского населения с предохранительными мерами против заразных болез-

ней» — «произвело бы больше вреда, чем пользы», ибо врачи «в бесконтрольных чтениях своих могут проводить взгляды, могущие иметь вредное влияние на умы народных масс, чего можно легко ожидать при направлении, замеченном в последнее время в среде врачей, трактовать не столько о чисто научных медицинских вопросах, как о вопросах экономических, административных и социальных». Только через 5 лет просимое разрешение было получено с условием, что «чтения» будут проводиться лишь «по утверждённым программам без всякого от них отступления» под страхом запрещения.

Д.Я. Дорф (1902) установил, что из 120 населённых пунктов чтения по медицине и гигиене не проводятся в 90. В «Журнале русских врачей» (1901, №26) сообщалось, что одна переписка по поводу открытия народных чтений продолжалась 6 лет. Редакция писала: «Страшно подумать, — шесть лет хлопотать, писать, — только для того, чтобы потом иметь возможность прочесть несколько тощих брошюрок».

Однако даже в таких невероятно тяжёлых условиях в десяти губерниях были изданы 22 брошюры по сифилису и 3 переизданы, благодаря настойчивости и энергии земских врачей, использовавших для этой цели постановление Медицинского Совета, объявившего в 1889 г. конкурс по определённой программе на популярную брошюру.

Одна из первых популярных брошюр по сифилису «Что такое сифилис и как с ним бороться» написана П.В. Никольским (1887). По своему содержанию она является лучшим образцом из весьма немногочисленных русских дореволюционных изданий подобного рода. Несомненную пользу принесли брошюры В.К. Трутковской (1888), Л. Искерского (1892), И.И. Гербсмана (1907), М.А. Членова (1904), неоднократно переиздававшаяся во время Первой мировой и Гражданской войн брошюра В.В. Иванова (1916, 1917 и др.), книжки о чесотке Э.К. Брандта (1904). Меньшую ценность представляют собой переводные книжки, например, Лессера, о заразных болезнях кожи (1901).

Лишь во время Первой мировой войны пропаганда санитарно-гигиенических сведений о венерических болезнях заметно усилилась. В 1914 г. в Киеве была организована выставка, которую посещали ежедневно до 480 человек в среднем. Такие же выставки были открыты в ряде земств Саратовской, Харьковской, Екатеринославской губерний, при Союзе городов в Петербурге и др.

Лучшие представители прогрессивной общественности земской медицины, такие как Е. А. Осипов, Ф.Ф. Эрисман, З.П. Соловьёв, З.Г. Френкель, И.И. Куркин и др. настойчиво, но бесплодно, указывали на настоятельную необходимость улучшения санитарного состояния народа и лечения больных; все они встречали полное равнодушие и безучастие царского правительства. Полицейско-бюрократический режим царской России всячески подавлял любую общественную инициативу и душил всякое прогрессивное начинание.

Мало пользы принесла рассылка Медицинским Департаментом всем губернским врачебным управлениям «Ведомостей» по учёту больных, лечившихся от венерических болезней, или наличие в «Уставе о наказаниях» издательства 1885 г. статьи 103, гласящей: «Сообщение другим происходящей от непотребства заразительной болезни наказывается арестом до 2-х месяцев или штрафом до 200 рублей серебром», которая никогда фактически не применялась.

Исторический опыт развития земской медицины показывает огромную, проведённую в труднейших условиях созидательную работу земских медицинских деятелей. Врачебный участок, явившийся основной организационной формой земской медицины и крупнейшей её заслугой, был рекомендован в 1934 г. гигиенической комиссией Лиги Наций другим странам для организации медицинской помощи сельскому населению. По этому поводу Н.А. Семашко писал: «Таким образом, участковый принцип, впервые применённый в нашей стране земской медициной, ещё в дореволюционное время должен был получить международную апробацию. Заслуга применения этого принципа принадлежит нашей стране». Организационные формы, выработанные земской медициной в значительной степени были восприняты городской и фабрично-заводской медициной, которые начали преобретать более определённые черты на рубеже XIX и XX столетий в связи с дальнейшим ростом промышленности и городов. Вместе с тем земская медицина была бессильна решить ряд проблем, осуществить которые позволяла только государственная система здравоохранения.

Литература

1. Белицкая Е.Я. — Развитие земской медицины в Москве. В кн.: Очерки истории русской общественной гигиены. М., 1965, с. 69–81.

2. Веселовский Б.Б. — История земства за 40 лет. М., 1909, т. 1–2.

3. Вильбушевич Б.В. — К вопросу о собирании статистических данных по отношению к сифилису. В кн.: Труды 2-го съезда русских врачей в Москве. М., 1887.

4. Витте И.Г. — О слиянии фабричной медицины с земскою. В кн.: Труды IV-го съезда русских врачей в Москве. М., 1891.

5. Гальперин С.Е. — К характеристике сифилиса современной деревни. Вестник современной медицины. 1926, №4, с. 20–22.

6. Гальперин С.Е. — Сифилис в русской деревне. Гигиена и эпидемиология, 1928, №1, с. 37–41.

7. Гальперин С.Е. — Эпидемиологические исследования сифилиса в деревне. Дисс. докт., М., 1939.

8. Герценштейн Г.М. — Передвижные врачебные отряды для борьбы с сифилисом. Вестник общественной гигиены, судебной и практической медицины. 1896, №9, 10.

9. Герценштейн Г.М. — Очерк сифилиса в России по новейшим официальным и земским данным. Дневник I съезда С.Петербург мед. общества. 1885, №7.

10. Гольдзильбер Г.М. — Очередные задачи по борьбе с венерическими болезнями на селе. Вестник венерологии и дерматологии, 1947, №2, с. 3–9.
11. Гусаков Н.И. — Из истории дерматовенерологической службы. Советское здравоохранение, 1978, №8, с. 70–72.
12. Долженков В.И. — О предоставлении земствам права открывать аптеки. В. кн.: Труды IV съезда русских врачей. М., 1891.
13. Дорф Д.Я. — Земская медицина в связи с войной. В кн.: Внеочередной Пироговский съезд 13–18 апреля 1916 г. Практическая медицина, 1916.
14. Ефимов А.И. — Сравнительная оценка разных способов изучения деревенского сифилиса. Врач, 1900, №51, с. 1057–1059.
15. Жбанков Д.Н. — Земская медицина и частная практика. Общественный врач, 1911, №8.
16. Жбанков Д.Н. — Библиографический указатель по общественной медицинской литературе за 1890–1905 гг. М., 1907.
17. Жбанков Д.Н. — Земский медицинский сборник. Губернии Херсонская, С.Петербургская, Вологодская, Костромская, Уфимская. М., 1890, вып. 1.
18. Жбанков Д.Н. — Земский медицинский сборник. Губернии Херсонская, С.Петербургская, Вологодская, Костромская, Уфимская. М., 1891, вып.2.
19. Жук А.П. — Развитие общественно-медицинской мысли в России в 60–70 гг. XIX века. М., 1960.
20. Игумнов С.Н. — Очерк развития земской медицины. Киев, 1940.
21. Иордан В.Ф. — О домовых эпидемиях сифилиса. Медицинское обозрение, 1903, № 17.
22. Капустин М.Я. — Основные вопросы земской медицины. М., 1889.
23. Карпов Л.Н. — Возникновение земской санитарной организации в России и работа первых санитарных врачей. Дисс.канд., Л., 1954.
24. Коган Н.А. — Меры борьбы против сифилиса в различных земствах. Самарская хроника. 1904, №2.
25. Корсаков В.В. — Несколько данных о венерических заболеваниях в г. Симферополе за 1891 г. Медицинское обозрение, 1902, №6.
26. Левин М.М., Фёдоров С.М., Евстафьев В.В. — М.А.Булгаков — врач-венеролог. Вестник дерматологии и венерологии, 1994, №4, с. 49.
27. Мартинкевич А.А. — Сифилис среди сельского населения Ленинградской области в 1861–1935 гг. Дисс. канд., Л., 1937.
28. Мессареш П.И. — К вопросу о распространении сифилиса в России. Вестник общественной гигиены, судебной и практической медицины. 1896, №7.
29. Никольский П.В. — К вопросу о борьбе с сифилисом в России. Дневник VI съезда общества русских врачей. Киев, 1896.
30. Осипов Е.А., Попов И.В., Куркин П.И. — Русская земская медицина. М., 1899.
31. Осипов Е.А., Попов И.В. — Московское губернское земство. В кн.: Обзор двадцатипятилетней деятельности московского земства. Попечение о народном здравии (земская медицина). М., 1892, с. 3–74.
32. Петерсен О.В. — О мерах борьбы с сифилисом в России. Врач, 1895, №31.
33. Семашко Н.А. — Избранные произведения. М., 1954.
34. Соловьёв З.П. — Пятидесятилетие земской медицины. Вопросы здравоохранения, М.-Л., 1949, с. 17–28.
35. Уваров М.С. — Сифилис среди сельского населения. В кн.: Труды съезда по обсуждению мер против сифилиса в России. СПб, 1897 г.
36. Яровицкий А.И. — К вопросу о распространении сифилиса в деревне. Врач, 1892, №4, с. 1175–1180.

Глава 8

РАЗВИТИЕ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ДЕРМАТОМИКОЛОГИИ

Русская дерматомикологня стала развиваться позже, чем на Западе. Характерной особенностью отечественной медицинской микологии является независимость, объективность и обоснованность научных представлений о патогенезе микозов и в то же время отсутствие отрыва от прогрессивных зарубежных школ и направлений.

Как установил Л.И. Фандеев (1962), в XVIII столетии среди рекрутов и «казенных крестьян» Псковской губернии было много «редковолосых с шолудями». В 1842–1645 гг. в России существовал централизованный учет заболеваемости «tinea capitis» по всей империи; ежегодно регистрировалось около 3 000 больных, из числа которых около 1/4–1/3 в белорусских и литовских губерниях. Очевидно, этим можно объяснить почему именно в обществе врачей г. Бильно были сделаны одни из первых докладов по дерматомикологии И. Франка (1813) «О грибковых заболеваниях», Вакшемского (1855) «О лечении застарелых грибковых заболеваний кожи» и целый ряд других докладов о колтуне (plica polonica) Бернгарда (1818), Адамовича (1855), И.С. Качковского (1821), Н. Родкевича (1839) и др. В XVIII столетии была широко распространена «молошница», которую обычно смешивали с афтозным стоматитом, от которой погибало множество детей, особенно в воспитательных домах.

П. Горянинов (1848) разделил грибы на 4 разряда, дав в своей классификации не только латинские, но и русские названия, а В.В.Тихомиров (1874) критиковал концепцию Hellier «О чудесном превращении одних форм грибов в другие с помощью всегда готовых к услугам микрококков» и подробно описал морфологию и способы размножения грибов Mucor mucedo. В «Очерках микологии» В.Б. Лукомский (1881) отметил приоритет Вальца из Киевского Университета, обнаружившего ядро в клетках грибков раньше, чем de Bary.

А.Г. Полотебнов опубликовал первую в России монографию по медицинской бактериологии «Растительные организмы как причина заразных болезней» (1871), где он высказывает весьма ценную и важную мысль о ведущей роли микроогранизмов в развитии патологического

процесса. В 1871 г. он опубликовал статью «Об отношении бактерий к зеленому кистевику», а в 1872 г. в «Медицинском вестнике» опубликовал стьтью «Патологическое значение плесени», в которой излагает свои замечательные исследования по лечению язв перевязками с плесенью Penicillium.

П.В. Сорокин (1883) в 4-х томном руководстве «Растительные паразиты человека и животных как причина заразных болезней» (1882–1886) предложил собственную морфологическую классификацию патогенных грибов.

И.И. Верюжский (1887), работавший в течение 2 лет в Париже в лаборатории Duclau, дифференцировал грибы по органам плодоношения и доказал самостоятельность возбудителей фавуса и трихофитии, установил, что температура свыше 34°С останавливает развитие грибов и что Achorion sconleini развивается, главным образом, за счет азотистых соединений и очень мало расходует сахара, а трихофитоны — наоборот. Эти данные были учтены позднее R. Sabouraud при изготовлении среды для культивирования возбудителя парши. Он утверждал, что одно микроскопическое исследование не дает возможности определить «натуру грибка»; для этого необходимо получение культур и изучение его биологических свойств. Выделенными им культурами он успешно заражал морских свинок. Н.П. Мансуров (1890) показал возможность перехода дерматофитов из сапрофитного в патогенное состояние.

В.И. Всеволодов (1828) указал па заразительность парши и эпидемиологическую роль головных уборов. Хорошо описал клинику фавуса А.Ф. Адамович (1835), а Л.К. Горецкий (1865) в противоположность общепринятому тогда взгляду указывал на малую контагиозность его. Он первый обратил внимание на увеличение шейных лимфатических узлов у больных фавусом, микотическую этиологию которых много лет спустя доказал А.Н. Аравийский (1945).

В 1885 г. М.И. Стуковенков на заседании Киевского общества врачей демонстрировал больную с универсальным фавусом и поражением желудочно-кишечного тракта. Этот случай, описанный К. Шадеком (1887), является первым, где ахорион был найден в испражнениях при жизни. Значение нарушений целости эпидермиса для заражения было доказано Н.Н. Тишуткиным (1894) не только опытами на животных, но я в аутоэксперименте. Он установил плеоморфизм культур Achorion, зависящий от состава питательных сред, доказал идентичность культур P.G. Unna, Sabrazes и др., сконструировал влажную камеру на предметном стекле (которую в советскую эпоху усовершенствовал Я.С. Попов, 1958) и одним из первых выдвинул идею антибиотической терапии.

А.И. Поспелову (1901) принадлежит заслуга установления роли «почвы», реактивности организма в патогенезе фавуса и описания (1903) его атипических форм. Е.Ф. Фридман (1904) доказал, что атрофия кожи

при фавусе зависит от воспалительного процесса в дерме, а не от давления скутул, как считало в то время большинство авторов.

Г.А. Захарьин в статье «Trichophyton tonsurans и условливаемые им страдания кожи» (1653) описал впервые «черные точки» при трихофитии волосистой части головы и «herpes iris» в виде концентрических колец при поражении гладкой кожи.

Его сотрудник П.И. Матчерский (1861) в диссертации «О страданиях кожи, условливаемых растительным паразитом Trichophyton tonsyrans (Trichophytiasis)» оспаривал мнение Cazenaye, который в «alopecia», «ophiasis», «areata» и т.п. древних авторов видел трихофитию и доказал, что в действительности этими терминами обозначалось круговидное облысение. Детально описав гриб, его размножение, он возражал F. Hebra, считавшего Trichophyton и Achorion тождественными грибами, а также против учения французских ученых, придававших в возникновении дерматомикозов важнее значение «дискразиям».

Первое подробное описание клиники трихофитии ногтей сделано не Meissner (1853), как это указывается во многих руководствах, а Матчерским в 1861 г.

А.И. Поспелов (1905) возражал венской школе, видевшей в розовом лишае разновидность трихофитии. Я.Б. Левинсон (1909) установил, что при трихофитии волосистой части головы на видимо здоровых участках встречаются единичные пораженные волосы. Приоритет в описании хронической трихофитии взрослых (парапсориазиформный вариант) принадлежит А.А. Боголепову (А.Н. Аравийский, 1961). С.Л. Богров (1911–1913) вместе с П.А. Черногубсвым (1913) описал трихофитию волосистой части головы у взрослых женщин и указал, что самоизлечение микроспории и трихофитии, наступающее в период полового созревания, «зависит от изменения секрета сальных желез». Н.А. Черногубов (1913) сообщил о необычном плеоморфизме и изменчивости некоторых культур фиолетового трихофитона, а М.Г. Мгебров (1914) отметил, что длительно существующая трихофития волосистой части головы может вызывать рубцовую атрофию.

Е.И. Котляр (1892) первый получил культуру Microsporum furfur и заразил ею кролика, а С. Борман (1907) первый в Россия — культуру пушистого микроспорума, С.Л. Богров и Н.А. Черногубов (1913) первые описали микроспорию у взрослого, вызванную Microsporum lanosum.

Ю. Кнох (1866) наблюдал первый в России случай пьедры и выделил возбудителя, Н.П. Мансурову (1890) принадлежит одно из первых сообщений об эпидермофития стоп, а П.И. Матчерский (1861) на три года раньше F. Hebra (1864) доказал грибковое происхождение паховой эпидермофитии, которую F. Hebra назвал «окаймленной экземой», не установив ее истинного происхождения. Н.В. Сорокин (1882–1886) более

точно и подробнее, чем I. Neuman (1871), описал элементы гриба при онихомикозах, а И.Ф. Цивинский (1887) настаивал на освобождении таких больных от военной службы.

Н.М. Максимовяч-Амбодик (1784) первый в России описал клиническую картину дрожжевого поражения сосков у матерей, кормящих больных молочницей детей. С.Ф. Хотовицкий (1837) четко различал афтозный стоматит и молочницу, которая может поражать висцеральные органы и нервную систему, что позднее подтвердили Х. Герхардт (1881) и К. Кузенев (1880). В 1841 г. одновременно с Berg Ю. Фогель описал возбудителя молочницы — Soor. И. Михайлов (1862) указал на значение для развития молочницы перехода щелочной реакции в кислую и определенного предрасположения к заболеванию.

Молочницу женских половых органов впервые описал не Hausman (1870) и не Poiter (1869), а В.В. Сутугин (1869), что подтвердил И.П. Лазаревич (1870). Л.В. Попов (1870) доказал патогенность дрожжевых клеток, впрыскивая подопытным животным эмульсию из покупных прессованных дрожжей, а И. Сорокин (1883) предложил морфологическую классификацию дрожжевых грибов. М.И. Афанасьев (1888) описал крупные клетки и нити Oidium albicans. А.А. Вейденбаум (1890) в противоположность Berg (1841), заражавшему молочницей грудных детей, производил эксперименты на себе, положив тем самым начало благородной традиции русских исследователей (И.И. Мечников, Е.И. Марциновский, Н.Ф. Гамалея и др.).

Диссертация П.П. Корша (1901) была посвящена патогенным свойствам грибка Oidium albicans (Candida). И.Ф. Зеленев (1907) первый описал дрожжевое поражение ногтей.

Р.Р. Бреден (1867) сообщил о плесневом поражении наружного слухового прохода и барабанной перепонки и доказал их природу культурально; в зарубежной литературе до него были опубликованы только три подобных случая. Экспериментальное изучение патогенности плесени произведено П.В. Лебединским (1877). Аспергиллез легких описал Л.В. Попов (1887), плесневый кератит — А.Г. Трубин (1911), онихомикоз — Н.А. Черногубов (1912). Подробно изучили этот гриб А. Ционглинский (1889), А.Г. Трубин (1903), а патогенез плесневых микозов — Р.С. Кейбин (1899). В.И. Земблинов (1862) первый высказал предположение, что плесени могут вызывать различные дерматозы.

А.А. Боголепов (1912) описал несколько видов грибов, паразитирующих на человеке; видный миколог Yuillemin назвал одного из них Telachlidium mycoderma cephalosporicum Bogolepovi.

Первое в России клиническое описание актиномикоза у человека сделано Флоркевичем (1885) и в том же году К.Н. Виноградский поставил такой диагноз на секции. М.И. Афанасьев (1888), ученик И.И. Мечникова, первый выделил культуру актиномицетного грибка. Nocard опубликовал результаты своих исследований годом позже. Н.М. Берестнев

(1897), ученик Г.Н. Габричевского, установил, что первый случай «нетипичного актиномикоза» описан не Eppiger в 1891 г., а Н.М. Любимовым в 1888 г. Независимо от Tomasoli (1893), актиномикоз слезного мешка описал в России Ф.Ю. Шредер (1894), а М.И. Авербах (1903) подулил оттуда культуру и заразил ею морскую свинку и мышь. И.А. Шабад (1903), Я.И. Щукевич (1913) и С.А. Абрамов (1911) показали ошибочность мнения Н.М. Берестиева о кислотоустойчивости как постоянном признаке стрептотрикса.

Первый случай глубокого бластомикоза в России наблюдался И.А. Баранниковым (1901), спортотрихоза — И.Ф. Зеленевым (1908) и Г.И. Мещерским (1908). Этому микозу А.А. Вевиоровский (1913) посвятил обстоятельную монографию.

Русскими врачами опубликован ряд работ, посвященных эпидемиологии дерматомикозов. Еще в первой половине XIX столетия многие обращали внимание на роль социально-экономических условий в эпидемиологии фавуса. В. Гурин (1845) указывал на роль тесного бытового контакта. Значение постоянного кошения ермолок подчеркивалось Л.К. Горецким (1865), А.Ф. Адамовичем (1885), О.В. Петерсеном (1900), тюбетеек в Средней Азии — М. Терентьевым (1873), роль парикмахерских — А.И. Поспеловым (1905), антисанитарного состояния бань — О.В. Петерсеном (1901), общих плохих санитарно-гигиенических бытовых условий — С.Л. Богровым (1913).

С.Л.Богров (1913) отметил особую частоту глубокой нагноительной трихофитии у людей, «работающих со скотом», а в другой работе (1912) — распространенность микроспории в детских коллективах. М.Г. Мгебров (1914) указал, что трихофития является семенной бытовой инфекцией, а не «школьной», как полагал R. Saboraud.

Медицинская помощь даже в середине XIX столетия для крестьянского населения России была практически недоступна из-за недостатка врачей и аптек, а для городского — из-за дороговизны медицинского обслуживания. Основная масса больных прибегала к услугам знахарей, либо применяла рецепты рукописных лечебников, из которых в XVII веке наибольшей популярностью пользовался «Прохладный вертоград», рекомендовавший для лечения «шолудей» «кал котов, смешан с горчицею», «кал голубиный» и т.п. «снадобья». В другом лечебнике сообщается: «Молоком сучьим, где помажешь — волосы нарастут».

Б.И. Всеволодов (1828) для лечения парши применял «с успехом» хлорную известь, позднее ее стали лечить смазываниями формалина и т.п., но подавляющее большинство врачей в первой половине XIX столетия «пользовали» паршу слабительными и другими «очищающими соки» средствами.

Если на Западе большинство медиков признавало необходимость эпиляции только при лечении больных фавусом, то Г.А. Захарьин (1858) считал ее совершенно необходимой и при лечении трихофитии, вместе

с последующей антипаразитарной терапией. На важности антипаразитарного лечения особенно настаивал П.И. Матчерский (1861), давший детальное описание техники ручной эпиляции и отрицавший эффективность внутреннего медикаментозного лечения. Значение эпиляции для лечения настоятельно подчеркивал Д.И. Верюжский (1887). Д.А. Соколов (1902) первый в России применил рентгеновскую эпиляцию, а С.Л. Богров (1907) — ее дробную методику. Он же (1911–1913) высказал мысль о возможности иммунобиологического лечения больных микозами. В 1912 г. рентгеновская эпиляция в Москве применялась только в клинике кожных болезней Университета.

Общегосударственной организации борьбы с дерматомикозами в царское время не существовало.

В 1828 г. для борьбы с паршой в Псковской губернии В.Л. Всеволодов рекомендовал произвести «именную перепись» всех больных крестьян, выдвинул проект создания своеобразных полустационаров в деревнях для бесплатного лечения больных под наблюдением «лекарских учеников» и последующего наблюдения за ними в течение 10 лет. Однако этот проект был отвергнут.

В 60-х гг. XIX столетия Виленское медицинское общество создало «комитет для изучения парши», который функционировал несколько лет и проводил бесплатное лечение больных.

В 1886 г. Медицинский Совет предписал не допускать в школы и в приюты больных с «паршами» до полного их излечения. В 1910 г. «Списки болезней, препятствующих приему в число учеников средних общеобразовательных училищ» были значительно упорядочены, благодаря участию в комиссии по их составлению Т.П. Павлова.

Не увенчалась успехом инициатива О.В. Петерсена (1901) и В. Сорокина (1902) об устройстве хороших и дешевых больниц в городах и в деревнях, а также попытка Одесского дерматологического общества (1206) организовать массовые профилактические осмотры детей, эффективное лечение больных, проводить санитарное просвещение. Эти задачи стали основными элементами борьбы с дерматомикозами и были реализованы только после установления советской власти, равно как и рекомендации С.Л. Богрова (1913) о создании специализированных микологических учреждений.

Статистических данных о распространенности дерматомикозов в бывшей Российской империи не существует, если не считать отдельных сообщений, опубликованных в начале XX века по некоторым губерниям за ряд лет, например, А.И. Шингарева (1906) по Воронежской, Н.И. Куркина (1908) по Московской, В.И. Долженкова (1910) по Курской и др. Н.Н. Якимович (1904) привел некоторые данные по материалу Николаевского военного госпиталя в Петербурге, а О.В. Петерсен (1900) установил, что среди призываемых на военную службу в 30-х гг. XIX столетия было около 0,1% больных фавусом.

В Москве и Московской области основным возбудителем дерматомикозов в 20-х гг. был Tr. violacerum (54%), Tr. gypseum (17,7%) и Achonleinii (12,8%), как установили Ю.А. Финкельштейн и Е.Е. Сигалова (1924). По данным А.М. Ариевича, М.И. Кожевниковой и В.Н. Пентковской (1945) на долю Tr. violacerum приходилось от 33,9 до 50,5% всех выделенных культур. Если в 1938 г. А.М. Ариевич описал первые 9 случаев микоза, вызванного Tr. ferrugineum, то вскоре его доля составляла уже 1/3 всех дерматомикозов в Москве (А.М. Ариевич, Г.Е. Беккеров и В.Ф. Порываева, (1949). А.М. Ариевич и В.Н. Пентковская (1945) у 3,2% больных микозами стоп выявили Ep. rubrum, новый для нашей страны дерматофит, а В.Е. Зисерман (1955) обнаружила его уже у 65% больных.

А.М. Ариевич и В.Н. Пентковская (1953) впервые выделили у больных с поражениями гладкой кожи, области усов и бороды Achorion (Microsporium) gypseum и Achorion violacerum, не получившими в России широкого распространения. По данным И.И. Умновой (1955), в среднем по стране возбудители поверхностной трихофитии составляли 27,3%, нагноительной — 5,6%, а микроспории — 63,1%.

Изучением флоры занимались почти во всех областях России: в Вологодской области — Д.С. Гинзбург (1969), в Хабаровске работали Е.К. Богданова и К.И. Романова (1962), в Алтайском крае — Н.А. Никонова (1962), в Башкирской АССР — Е.А. Ковшова-Медведева (1962), А.И. Хованская с соавт. (1962), в Молдавской ССР — М.В. Борзоз (1957), К.Г. Барбанягра (1953), Л.И. Молдаван (1963), Л.Г. Богачева (1963), П.П. Козишкурт (1962) и др. В вооруженных силах — С.Т. Павлов (1951), в Москве — А.М. Ариевич (1954) и др., в Ленинграде — И.Б. Тризна (1961), в Калининской области — Ю.М. Игошин (1963), в Рязанской области — П.П. Алексеева и Р.З. Наумушкина (1966), в Мордовской АССР — М.К. Тараканова (1966), в Литовской ССР — И.В. Спечюс (1956), в Ташкентской области — К.Н. Тахиров (1960, 1961), в Восточной Грузии — Л.Т. Щецирули (1957), в Армянской ССР — Э.Е. Даниелян (1965), в Казахской ССР — У.Б. Бердыбаев (1359), в Таджикской ССР — С.И. Исхаков (1960), в Ненецком национальном округе — В.А. Ведерников (1961) и др.

Культуральная диагностика грибковой флоры показала, что в России преобладают антропофильные (фиолетовый и кратеровидный) трихофитоны. На втором месте был пушистый микроспорум, хотя в некоторых республиках он не высеивался, например, в Казахской (Г.О. Сутеев и И.Ф. Иоффе, 1938), Узбекской (М.В. Вексель, 1936), Таджикской (М.А. Членов с сотр., 1934), Киргизской (Р.Ф. Козлова и Л.Н. Лаврентьева, 1935), Achorion schonleinii занимал третье место, а в ряде республик — второе: Белорусская (Х.М. Коган с соавт., 1937, 1938), Южный Казахстан (Г.О. Сутеев и М.В. Ферокова, 1936), Туркменская (А.Н. Соколова, 1935, 1936), Таджикская (М.А. Членов с соавт, 1934), Киргиз-

ская (Р.Ф. Козлова и Л.И. Лаврентьева, 1935). В 1963 г., как установили Т.А. Никитина и Я.И. Умнова (1965), ведущее место заняли микроспорумы; возрастает удельный вес зоофильных трихофитонов (основной — гипсовидный), а ахорион стал большой редкостью.

T. Bentdeck (1943) указывая, что в США эпидемиология дерматомикозов не изучается, подчеркивает, что «со времени основания Советского Союза эпидемиологические исследования поощрялись государством не только в области опустошительных бактериальных и вирусных инфекций, но также и грибковых».

Изучением географического распространения, клинико-эпидемиологического своеобразия и терапии микозов, мер борьбы с ними в России занимались Н.А. Спесивцева, П.Я. Щербатых, Н.С. Жук-Коган и др.

Отметим лишь некоторые важнейшие факты, установленные советскими исследователями: доказана способность патогенных дерматофитов длительное время сохранять вне человеческого организма свою жизнедеятельность (С.Т. Павлов и И.И. Копзон, 1951); тщательно изучен видовой состав возбудителей и их географическое распределение по стране; установлен семейно-бытовой характер фавуса и показана возможность распространения трихофитии через парикмахерские (Л.А. Абрамович, 1936); доказана значительная роль больных хронической трихофитией в распространении поверхностной формы этого дерматомикоза (Л.Н. Машкиллеисон, 1937; В. Серебряков, 1940 и др.).

П.Н. Кашкин (1935) выяснил, что внешняя природа является единственным резервуаром эпидермофитонов, доказал миконосительство переболевших эпидермофитией людей, а также страдающих стертыми формами заболевания. Н.А. Черногубов (1940), М.Б. Поташник (1943) описали профессиональную эпидермофитию у работников бань, плавательных бассейнов и т.д.

А.М. Ариевич (1929) первый установил, что причиной семейной микроспории часто являются больные кошки. З.Г. Степанищева (1953) расширила эпидемиологическую цепь до трех звеньев: природа — животные (кошка и собака) – человек. Г.В. Чукашев (1960) обобщил большой материал по эпидемиологии микроспории у животных. А.М. Ариевич, Г.З. Беккеров и В.Ф. Порываева (1949) дали эпидемиологическую оценку микроспории, вызванной ржавым микроспорумом. Д.Л. Воронов (1940), Н.С. Жук-Коган (1940) и др. доказали, что заражение крупного рогатого скота трихофитией нередко происходит через соломенную подстилку. Установлено, что гипсовидный трихофитон может вызывать заболевание у мышей.

Трихофитию, вызванную гипсовидным трихофитоном, у мышей, крыс и желтых сусликов описали В.М. Шарапова (1964), у тушканчиков — А.С. Дембович (1964). По данным З.Е. Даниеляна (1964) и В.М.Шарапова (1964), в некоторых местностях России 10–15% поголовья овец болеют трихофитией, вызванной Tr. fayiforme или Tr. gypseum.

А.М. Ариевич и З.Г. Степанищева (1946) доказали, что спонтанное заболевание трихофитией, обусловленной Tr.gypseum, встречается не только у белых, но и серых домовых мышей и что больные трихофитией серые мыши могут быть источниками эпидемиологических вспышек трихофитии среди людей. З.Г. Степанищева с соавт. (1967) первая показала носительство розового трихофитона мышевидными грызунами. И.И. Умнова и В.П. Фоменко (1960) сообщили о трихофитии полевых мышей, вызвавшей заражение людей.

Эпизоотию трихофитии среди полевых мышей описали А.С. Розенталь и Е.Ш. Биницковская (1953), глубокую трихофитию от серебристо-черных лис — А.А. Галкин и Р.А. Петрова (1936), С.М. Фрид (1927). З.Г. Степанищева (1955) установила, что разные виды дерматофитов адаптированы к определенным видам животных, а А.М. Ариевич (1964) доказал ошибочность мнения, что трихофитией болеют главным образом телята; подобно хронической трихофитии взрослых у людей, трихофития у коров нередко протекает латентно, с незначительными клиническими проявлениями.

З.Г. Степанищева (1947) установила, что Tr. gypseum и M. lanosum в обычных условиях сохраняют патогенные свойства в коккогенной форме до 1,5 лет, а при большой влажности до 2–3 лет, а антропофильные дерматофиты в таких же условиях погибают в первые же дни.

По данным З.Г. Степанищевой (1955), Keratomyces ajelloi в умеренной климатической полосе нашей страны встречается в 10 раз чаще, чем в сухом и жарком климате (40,3% и 4,6% соответственно). Область распространения этого гриба совпадает с зоной повышенной заболеваемости микроспорией (M. lanosum). На этом основании З.Г. Степанищева (1955) высказала гипотезу, что почвенные кератофилы являются либо стадией развития дерматофитов, либо их «предками». Изучая 75 штаммов почвенных грибов она установила, что инфекционными свойствами обладали только 7 из них, да и то в слабой степени. З.Г. Степакищева и А.Я. Малкина (1965) полагают, что патогенность не связана с совершенной формой грибов; они же отнесли K. ajelloi к роду Microsporum и путем пассирования доказали возможность изменения патогенности почвенных кератофилов; авторы считают, что почва играет определенную роль в эпидемиологии дерматомикозов.

Отечественные дерматомикологи доказали инфицирование грибами разнообразных вещей и предметов, находившихся в соприкосновении с больным (постельные принадлежности, одежда, игрушки, книги и т.п.). Установлена возможность попадания патогенных грибов в воздух, на пол жилых и лечебных помещений, бань, бассейнов и т.д. Выявлена роль болеющих хронической трихофитией взрослых в распространении инфекции среди детей (А.П. Базыка, 1954; М.И. Кожевников, 1961 и др.).

Показано, что вши переносят споры патогенных грибов и при наличии микротравм могут служить переносчиками микозов (З.Г. Степанишева, 1950).

Первая отечественная классификация дерматомикозов была предложена П.А. Черногубовым (1931). Он различал три группы: эпидермомикозы, поверхностные и глубокие дерматомикозы. А.М. Кричевский (1940) предложил объединить в одной системе синтетическую клинико-морфологическую классификацию R. Saboraud и ботаническую классификацию дерматофитов Grigorakis и Guiard. И.С. Попов (1941) разработал собственную весьма сложную систему, не получившую распространения, также как классификация возбудителей трихофитии и микроспории Д.Л. Воронова (1941).

Большинство отечественных дерматомикологов придерживаются классификации А.М. Ариевича (1963), построенной с учетом не только ботанико-этиологического принципа и локализации гриба в том или ином слое кожи или органе, но и ответной реакции организма на внедрение патогенного гриба, при этом учитываются лишь типовые, выработанные в процессе эволюции реакции организма. Микозы, поражающие только самую поверхностную часть рогового слоя и не вызывающие воспалительной реакции со стороны кожи (включая пьедру и подмышечный трихомикоз), названы им кератомикозами; микозы, поражающие также роговой слой, но вызывающие отчетливую реакцию со сторону нижележащих слоев, названы эпидермомикозами. В группу трихомикозов отнесены микозы, поражающие волосы и также сопровождающиеся воспалительной реакцией со стороны лежащих ниже слоев кожи. Четвертую группу составляют глубокие, системные микозы.

Для лучшего получения культур Ю.А. Финкельштейн (1922), Ю.А. Фиккельштелн и Е.Е. Сигалова (1924) рекомендовали обрабатывать патологический материал 2% раствором антиформиа, А.М. Ариевич (1941) — добавлять к среде 1% дрожжевой воды, А.А. Бачинская (1952) — обрабатывать посевной материал 2% раствором грамицидина или других антибиотиков, Ф.И. Копп и Б.Э. Цветкова-Пригоровская (1927) — пересевать молодые культуры на бульон и заливать через 2–4 дня вазелиновым маслом. И.С. Попов и Л.И. Мищенко (1962) изготовили среду, на которой хорошо растут грибы, но не растут ни стрептококки, ни стафилококки, ни сарцины.

Е.Е. Сигаловой (1940) удалось получить из почвы бактерии, лизирующие Tr. gypseum, M. lanosum и Ep. Kaufmann-Wolf. И.С. Попов (1941) сообщил о тормозящем влиянии кишечной палочки на рост последнего гриба. И.С. Попов и З.С. Антимонова (1936) разработали метод микрокультурального изучения грибов, а А.М. Ариевич и В.П. Пентковская (1941) для культуральной диагностики эпидермофитии стоп предложили производить посев материала на 1% пентонную воду.

О.К. Кашнова (1954) доказала, что длительное пассирование дерматофитов на средах, содержащих фолликулин, синэстрол, метил-тестостерон, подавляет рост грибов.

Работами О.Н. Подвысоцкой (1932) и др. показано значение спектрохимических исследований для дифференциальной характеристики Tr. violacerum, Tr. rubrum, Tr. gypseum, Ep. Kaufmann-Wolf.

В.К. Грекова, Н.П. Елинов и С.А. Витковская (1966) и др. обнаружили в патогенных грибах совершенно новые полисахариды (бетанафтольные и спиртоводные и др.).

Изучением дерматофитов в электронном микроскопе занимался А.Я. Прокопчук и А.Г. Бондарович (1957).

Изучение устойчивости дерматофитов к воздействию различных физических и химических факторов проводилось в целях изыскания наиболее эффективных способов терапии и дезинфекции (Н.А. Черногубов, 1924; М.М. Иткин,1938; Д.Л. Воронов,1941; Р.К. Макашева, 1955 и др.).

Ю.А. Финкелыитейн и Е.Е.Сигалова (1924, 1925) сообщили, что 5-минутное воздействие 3% раствора формалина или 5% фенола и 10-минутное кипячение в мыльной воде приводят к гибели дерматофитов. З.Г. Степанищева (1553) доказала, что для дезинфекции достаточно кипячения и проглаживания горячим утюгом через мокрую материю. Для дезинфекции вещей наилучшим способом был признан камерный метод с расходом формалина 300 мг на 1 кв.м полезной площади камеры при 4-часовой экспозиции (В.Е. Прове и З.Г. Степанищева, 1963).

Весьма важный вопрос о продолжительности сохранения патогенных свойств грибами вне человеческого организма изучался многими авторами. По наблюдениям Н.А. Черногубова (1924) она равна 18 месяцам, по П.Н. Кашкину (1935) — до 21 месяца, а по Г.Ф. Рейфу (1940) — до 16 лет. Согласно З.Г. Степанищевой (1955), культуру Tr. gypseum можно получить не позднее 5 лет хранения патологического материала, а пушистого микроспорума — не более 3 лет.

С.Ф. Дмитриев и К.Н. Кирпичев (1934) установили возможность сапрофитического состояния паразитарных грибов во внешней среде, которое наиболее выражено у M. lanosum: он хорошо растет на различных предметах домашнего обихода; несколько хуже приливается Tr. gypseum и Ep. Kaufman-Wolf.

З.Г. Степанищева (1969), выращивая M.lanosum в стерильной почве, отметила образование обычных культур этого гриба, которые через 1–1,5 месяца сменялись «коккообразными элементами», а при пересеве их на обычную среду, — снова появлялись обыкновенные колонии. А.М. Кричевский (1941) считал наиболее важным показателем способности паразитарных грибов к сапрофитированию, наличие у них в культурах высших органов плодоношения (веретен), так как они представляют собой формы сохранения гриба при неблагоприятных условиях,

В России кератофильные грибы из почвы первая выделила И.А. Далецкая (1960). З.Г. Степанищева (1961), Е.А. Ковшова-Медведева (1962), В.И. Шатик (1964) и др. подтвердили широкое распространение кератофильных грибов в почве, некоторые штаммы которых несомненно патогенны. И.С. Попов и В.К. Головчан (1966) разработали оригинальную методику выделения кератофильных грибов из почвы, дающую до 80% положительных результатов. З.Г. Степанищева (1963) изучила свыше 330 образцов почвы из 60 географических пунктов СССР.

Для поддержания живого музея грибов З.Г. Степанищева (1947) предложила высушивание и сохранение культур в ампулах; при этом они сохраняли жизнеспособность и не проявляли плеоморфизма до 4 лет.

А.А. Боголепов (1912 и др.) первый высказал сомнение в правильности концепций R. Sabouraud, Langtron и Grigoracis, сводивших понятие об изменчивости к плеоморфизму.

О.Н. Подвысоцкая (1917) отвергла взгляд о видовой семостоятельности Tr. plicatile, установив, что он является вариантом Tr. crateriforme и указала, что разные грибы могут вызывать одну и ту же клиническую картину, а, с другой стороны, один и тот же гриб — различную. Ценным научным вкладом в медицинскую микологию является монография О.Н. Подвысоцкой (1924) по клинике и терапии, лабораторной диагностике и микологии дерматомикозов. П.Н. Кашкин и Т.М. Кокушина (1934) доказали плеоморфизм дерматофитов и секториальные изменения в них, и получили необычные культуры: строчковидные у Tr.violacerum, мучнистые и гладкие у Tr. crateriforme и Achorion schonleinii; роговые и мучнистые у M. lanosum.

П.Н. Кашкин и Ф.С. Гриф (1935) установили одинаковую частоту плеоморфизма и качественные различия его у разных дерматофитов, зависимость от температуры, возраста культуры, высыхания и от условий питания; смена сред предохраняет культуры от плеоморфизма. Они доказали динамичность и обратимость этого явления. П.Н. Кашкин и Т.М. Кокушина (1935) выделили новые «расы», подвергая патологический материал и культуры воздействию солнечных и ультрафиолетовых лучей. Т.М. Кокушина (1936) установила, что у 1% больных дерматомикозами в разных волосах, взятых с разных клинически сходных очагов поражения, обнаруживались при лабораторном исследовании разные виды рода Trichofiton.

А.М. Ариевич и В.Н. Пентковская (1941) экспериментально доказали мутацию Rt. violacerum и его близость к Tr. crateriforme.

П.Н. Кашкин (1941) выявил значительный полиморфизм паразитических грибов в зависимости от разной pH среды, колебании температуры, химического состава и кислотности пептонов, а также от различного состава питательной среды. Этот полиморфизм, однако, оказался не стойким и быстро исчезал при пересевах на обычную среду. Последнее обстоятельство было подтверждено И.С. Поповым (1941) и

В.Н. Пентковской (1953) в отношении ржавого микроспорума. И.С. Павлов (1941), изучая в культурах эпидермофитон, установил возможность примитивного полового размножения по типу изогении, чем отчасти можно объяснить изменчивость гриба.

Н.А. Черногубов (1941), опираясь на результаты исследования отечественных ученых и свои собственные, констатировал «чрезвычайную изменчивость морфологических и биологических свойств дерматомицетов. Сам R. Sabouraud интересовался работами М.Г. Мгеброва, Н.А. Черногубова и А.Я. Пелевиной и просил их продолжать изучение изменчивости паразитарных грибков (П.Н. Кашкин, 1941).

Еще в 1924 г. Н.А. Черногубов писал о влиянии выделяемых грибками токсинов на состояние организма и его реактивность; развивающиеся общие иммунологические процессы в организме больного определяют наклонность глубоких форм трихофитии к самопроизвольному излечению, цикличность течения трихофитии и микроспории.

Н.А. Черногубов (1928) показал, что поверхностные дерматомикозы волосистой части головы у детей вызывают развитие специфического и группового иммунитета. И.И. Потоцкий с сотр. (1956, 1967) сообщил,что аллергены из грибов-сапрофитов способны вызывать сенсибилизацию организма и появление аллергических высыпаний после введения кроликам внутривенно эмульсии культуры Тг. gypseum и скарификации кожи на выбритом участке туловища.

М.И. Пер и Р.С. Брауде (1926), Я.А. Мериин (1930), П.Н. Кашкин (1926) и др. детально изучили ответные реакции организма на введение грибковых биопрепаратов, описали патогенез и клиническую картину микидов. П.М. Залкан (1939) получил экспериментально трихофитиды в виде шелушения лапок у морских свинок. Он установил, что у свинок, переболевших экспериментальной воспалительной формой трихофитии, на 5–12 день после стимуляции трихофитоном на подошвах лапок возникает шелушение; при этом грибы в чешуйках не обнаруживаются. С.М. Фрид и М.В. Сегаль (1932), а позднее — П.М. Залкан и М.Л. Киселева (1941) установили, что иммунитет при экспериментальной трихофитии морских свинок сравнительно кратковременный и повторная инокуляция Tr.gypseum вызывает новое заражение.

Л.Н. Машкиллейсон (1941) установил, что зоофильные дерматофиты не всегда вызывают гиперергическое состояние и что гипсовый трихофитон может быть выделен у больных хронической трихофитией. Р.А. Аравийский, В.Б. Аронсон и Г.А. Ежков (1966) экспериментально на крысах установили значение подавления иммунореактивности для снижения титра комплемента связывающих антител, понижения воспалительной реакции и распространения микозов.

Патогенетическая направленность исследований позволила установить связь между генерализованными микозами и изменениями функционального состояния коры надпочечников, нарушениями коорди-

нации со стороны гипофиза. У таких больных наблюдаются обширные очаги дерматомикозов и комбинирование микозов — поражения красным и фиолетовым трихофитонами, а также кандидозами и разноцветным лишаем и др. (Г.А. Ежков, 1950).

В 1922 г. Н.Л. Черногубов предложил для бактериоскопической диагностики дерматомикозов методику обработки патологического материала, известную в литературе как «метод обогащения по Черногубову». М.Л. Киселева (1949) предложила заливать чешуйки кожи и ногтевые пластинки на дне центрифужной пробирки небольшим количеством едкой щелочи и оставлять залитый материал на сутки, а затем микроскопировать мазок из получившейся желеобразной массы. При получении отрицательного ответа при исследовании патологического материала с кожи больного В.Е. Зисерман (1950) рекомендовала наложить на подозрительное место на 1–2 суток лейкопластырь, после чего обычно грибок, если он есть, легко обнаруживается.

Ю.А. Финкельштейн и Е.Е. Сигалова (1924) у некоторых больных трихофитией получили положительную реакцию связывания комплемента с грибковым антигеном. Дана оценка пригодности различных антигенов (вакцины, полисахариды, белковые препараты) для серологической диагностики грибковых заболеваний и установлена необходимость сочетанного применения ряда препаратов для специфической иммунодиагностики различных микозов (Н.А. Заикина, 1965; А.И. Квачевская, 1965 и др.).

Т.А. Демченко (1962) доказала, что при грибковых и дрожжевых заболеваниях возможна постановка реакции связывания комплемента высушенными сыворотками при сроке хранения их до 15 дней. Е. Балог (1966), Н.А. Силуянова (1963), Н.А. Силуянова и Е. Балог (1965) показали диагностическое значение специфической иммунолюминесценции, гемагглютинация, преципитации в агаре для идентификации грибов.

Л.М. Крылова (1960) сообщила, что наилучшим методом выявления грибов в гистологических препаратах является окраска PAS. Согласно Г.П. Милаш и М.Г. Шубина (1960), при окраске по Мак-Манус и Хочкис мицелий и споры окрашиваются в интенсивный красно-фиолетовый цвет.

Отрубевидный лишай на волосистой части головы в России впервые наблюдал П.Н. Кашкин (1928), затем А.М. Ариевич (1955), А.В. Дук (1962), а на лице — А.С. Вайнштейн (1966), А.М. Ариевич (1955) установил существование авизуальной формы отрубевидного лишая, которая может быть выявлена только с помощью люминесцентной лампы и последующим микроскопическим исследованием. Е.В. Кистяковский (1927) предложил назвать пятна после инсоляции на местах пораженных отрубевидным лишаем achromia cutis postparasitaria.

М.С. Харнер (1935) предложил оригинальную классификацию атипических форм эритразмы. Ф.И. Данский (1953) высказал предположе-

ние о возможности заражения эритразмой в банях, душевых и из почвы, поскольку поражение встречается на стопах в три раза чаще, чем на общеизвестных излюбленных местах.

Tenea imbricata впервые в России наблюдалась Л.М. Бродским и Ю.Б. Юдковским (1941), затем И.С. Поповым с сотр. (1951).

Пьедру — Trichosporia nodosa — в России наблюдали М.Я. Каплан (1950), А.Л. Шатилов и В.В. Винниченко (1956), А.П. Базыка и А.В. Бергер (1957), А.М. Ариевич и З.Г. Степанищева (1960), В.И. Кечкер с соавт. (1966).

Взрослые больные хронической трихофитией регистрировались, начиная с 1921 г. Первые работы па эту тему опубликовали Л.В. Штамова (1924), А.Я. Пелевина и Н.А. Черногубов (1926), М.Г. Мгебров и Г.И. Гольденберг (1928).

А.М. Ариевич (1936, 1956, 1956) установил, что это заболевание далеко не редкое и доказал, что такие больные, как правило, являются источниками заражения трихофитией детей, а не наоборот, как полагали многие. Он разработал клинико-морфологическую классификацию хронической трихофитии волосистой части головы. Вместе со своими учениками — У.В. Бердыбаевым (1945), Г.Е. Беккеровым (1946), Г.К. Андриасяном (1949), О.Г. Вихревой (1957), П.П. Гайлявичусом (1962) — он впервые установил диагностическое значение симптома «атрофических плешинок» «в патогенезе хронической трихофитии волосистой части головы, закономерное поражение пушковых волос в очагах хронической трихофитии гладкой кожи, резкое понижение хронаксической возбудимости кожных рецепторов в области очагов, асимметрию потоотделения, нарушение нормальных кожных температурных проксимэльно-дистальных соотношение па конечностях. В эпидемиологическом отношении важны сообщения, что взрослые, больные хронической трихофитией, составляют не менее 30% всех регистрируемых больных поверхностной трихофитией волосистой части головы.

Наличие грибов на клинически здоровой коже взрослых больных хронической трихофитией доказали А.М. Ариевич и З.Г. Степанищева (1945). Эта работа показала возможности сапрофитизма трихофитона, объяснила изменчивость клинической картины, когда очаги микоза то исчезают, то вновь появляются на тех же и других местах.

Л.Н. Машкиллейсон (1937) и А.М. Ариевич (1938) установили, что хроническая трихофития взрослых начинается в детском возрасте и после полового созревания переходит в малозаметную клиническую форму. И.С. Попов (1937) описал разновидность хронической трихофитии гладкой кожи — Trichophytia erytemato-squamosa follicularis. О.Н. Подвысоцкая и С.К. Розенталь (1938) отметили, что этой формой трихофитии болеют почти исключительно женщины с явлениями акроцианоза, склонные к озноблениям, и указали на характерную локализацию высыпаний.

Л.Н. Машкиллейсон (1937) основную роль в развитии этого дерматоза видел не в грибке, а в особом реактивном состоянии макроорганизма, обусловленном эндокринными расстройствами. Однако гормональная недостаточность является не главной причиной хронической трихофитии взрослых. А.М. Ариевич считает что в патогене заболевания лежат нейродистрофические процессы, развивающиеся под влиянием ослабления функциональной способности нервной системы, нарушения ее защитных функций, что ведет к развитию вегетативно-сосудистых и трофических расстройств (атрофические плешинки на волосистой части головы, дистрофия ногтевых пластинок, характерная локализация и симметричность высыпаний в дистальных отделах конечностей, на ягодицах и др.). Он сообщил, что после 5 сеансов циркулярной новокаиновой блокады все очаги хронической трихофитии у взрослой женщины полностью исчезли без какого-либо местного лечения. А.М. Ариевич и Г.Е. Беккеров (1945) сообщили, что после введения взрослым больным хронической трихофитией 500–800 тыс. ед. пенициллина в очагах высыпаний появляются папуло-уртикарные элементы аллергического происхождения.

Гистопатологию хронической трихофитии гладкой кожи волосистой части головы и ногтей обстоятельно изучили Г.Е. Беккеров (1946), У.Б. Бердыбаев (1948) и Г.К. Андриасян (1949).

Для лечения хронической трихофитии гладкой кожи А.М. Ариевич (1937) предложил метод «отслойки» — удаление рогового слоя компрессными мазевыми повязками (на 48 часов) из 12% салициловой и 6% молочной (или бензойной) кислоты на вазелине. Была доказана эффективность общего воздействия на организм для поднятия его резистентности.

Л.Н. Машкиллейсон (1937), С.М. Калтград (1949), Ю.М. Игошин (1966) и др. описали при трихофитии гранулему Majocchi.

С.М. Фрид и М.В. Сегаль (1928) через 12–14 дней после внутривенного заражения более чем у 1/3 кроликов наблюдали образование очага трихофитии с поражением волос. Эти исследования свидетельствовали, с одной стороны, о кератофильных свойствах дерматофитов, а с другой — указывали на возможность их гематогенного распространения. Позднее они (1923) сообщили, что при экспериментальной трихофитии морских свинок, вызываемой Tr. gypseum, иммунитет развивается далеко не у всех животных, а П.М. Залкан (1941) и Л.М. Киселева (1949) установили, что продолжается он всего 1–1,5 месяца. П.М. Залкан (1941) экспериментально доказал, что иммунотерапия при лечении поверхностной трихофитии эффекта не дает.

З.Г. Степанищева (1947) доказала, что у кроликов при спонтанном заражении Tr. gypseum могут поражаться не только кожа и шерсть, но и когти.

Изучая возбудителей трихофитии, В.Я. Некачалов (1931) и др. установили, что гипсовидный трихофитон может вызвать как поверхностную, так и глубокую трихофитию. Л.М. Машкиллейсон (1936) в аутоэксперименте и А.М. Ариевич (1936) показали, что Tr. gypseum может быть возбудителем трихофитии взрослых; с другой стороны, Tr. violaceum в отдельных случаях может быть возбудителем глубокой нагноительной трихофитии. Эти исследования подтвердили ведущую роль макроорганизма в изменениях кожи в ответ на внедрение грибка.

А.М. Ариевич (1931) описал экзематоидную форму трихофитии кистей и пальцев, вызываемую гипсовидным трихофитоном, которая обычно имеет профессиональный характер.

Удельный вес нагноительной (глубокой) трихофитии в Москве в разные годы варьировал от 0,2 до 13,3% (А.М. Ариевич, М.И. Кожевникова и В.Н.Пентковская, 1945). Согласно Т.А. Никитиной и И.И. Умновой (1965), в Российской Федерации основным возбудителем нагноительной трихофитии в прежние годы был фавиформный трихофитон, а в последнее время его место занял гипсовидный.

По данным Т.А. Никитиной и И.И. Умновой (1965), в Российской Федерации в 1963 г. микроспория волосистой части головы составляла более 50% всех грибковых заболеваний, а в отдельных областях — до 88%.

С.М. Фрид (1927) на морской свинке установил, что микроспория вызывает только кожный иммунитет и потомство таких животных иммунитетом не обладает, а З.Г. Степанищева (1953) доказала отсутствие иммунитета у кошек к повторному заражению микроспорией. С.М. Фрид (1927), З.Г. Степанищева (1954), Т.И. Безнос с соавт. (1966), Г.В. Чукашев (1960) доказали, что мыши и крысы невосприимчивы к микроспории.

Согласно А.Ф. Гелях (1955), культуры микроспорумов хорошо растут на кусочках овощей в нестерильных условиях, что дает возможность в течение 4–5 дней определить вид возбудителя микроспории.

А.М. Ариевич (1955) установил, что у 80% больных микроспорией поражены пушковые волосы в виде красных перифолликулярных узелков менее булавочной головки величиной.

А.М. Ариевич и В.Н. Пентковская (1953) первые диагностировали в нашей стране дерматемикоз волосистой части головы и гладкой кожи, вызванный M. gypseum, а А.М. Ариевич (1950) описал изолированное поражение ресниц, вызванное M. lanosum, изучению которого посвятила свою диссертацию З.Г. Степанищева (1959). Они установили, что источником заражения в 75–80% являются кошки, у которых этим грибом могут быть поражены лишь отдельные волосы и когти. Аналитическая лампа лучей Wood для целей диагностики была подложена Б.Г. Альперовичем и А.С. Мясоедовым (1941). А.М. Ариевич с сотрудниками (1964) предложили для этой цели свой оригинальный осветитель, а значение этой методики не только для диагноза, но и для критерия

излеченности, показала Е.А. Медведева (1954), А.Я. Прокопчук (1959), М.А. Штейнберг (1962).

О.В. Тюфилина (1958) сообщила об успешном лечении без рентгеноэпиляции детей, страдающих микроспорией волосистой части головы, вызванной M. lanosum, препаратом «дайодолеин», предложенным А.М. Ариевичем и Б.М. Лебедевым (йод + олеиновая кислота) и методом герметизации, эффективность чего была подтверждена Л.И. Куколевой и С.И. Гуревич (1952).

В 1938 г. А.М. Ариевич впервые в России выделил культуру ржавого микроспорума, завезенного из стран Дальнего Востока, получившего в 1945–1947 гг. значительное распространение, но затем ликвидированного на большей части нашей страны. Он подробно описал клиническую картину вызываемых им поражений кожи и волосистой части головы, в частности авизуальной формы. Позднее свойства этого грибка были детально изучены В.Н. Пентковской, В.А. Цыгановым (1949), А.А. Цимериновым, Т.И. Безнос и С.М.Рафаловичем (1957) и др.

Работы школы П.Н. Кашкина (В.А. Митяев, Л.С. Каганова, В.С. Строганова и др.) доказали широкий полиморфизм Achorion schonleini под влиянием ультрафиолетовых и рентгеновских облучений, изменении температуры, воздействия различных медикаментов и т.д. П.Н. Кашкин и Т.М. Кокушина (1934) получили неодинаковые плоские и пористые колонии этого гриба.

Рост ахориона на овощах, ячмене, на почве установлен П.Н. Кашкиным (1941). Он же (1935, 1940) сообщил, что в старых культурах этот гриб становится морфологически и биологически близким к Tr.violacerum, Tr.crateriforme и Tr.fayiforme.

А.И. Аравийский (1940) рассматривал фавиформный трихофитон как переходную форму между ахорионом и трихофитоном. Отмечая сходство между этими грибами, в 1945 г. он указывал, что оно «все же не переходило в тождество», а позднее (1949) установил определенную связь между атипическими формами фавуса и измененными вариантами ахориона. А.Н. Аравийский (1949) экспериментально доказал, что лучистые варианты ахориона надо считать «явно прогрессивными», П.Н. Кашкин (1941, 1952) выделил 9 вариантов ахориона и указал, что наиболее жизнеспособными элементами из органов плодоношения их являются алейрии.

М.Г. Мгебров (1928) описал клиническую картину атипического фавуса, Б.В. Глуховцев (1927) — фавозное поражение суставов, легких и других висцеральных органов, А.Г. Лурье и М.Т. Рейф (1932), А.М. Ариевич и З.Г. Степанищева (1943) — поражение лимфатических шейных узлов и выделили из них культуру ахориона, П.Ф. Березина (1934, 1937) — проникновение фавозных грибов в пищеварительный тракт, А.Н. Аравийский и А.А. Шахова (1936) — фавозные лимфадениты, вызванные гематогенным заносом гриба. Несколько позднее А.Н. Аравийс-

кий (1949) первый описал фавозный менингоэнцефалит основания мозга, а Р.Г. Гаджиев (1935) — фавозный онихомикоз стоп, клинически аналогичный руброфятии.

А.Я. Прокопчук и И.С. Чижик (1954) первые в России выделили в культуре гриб Achorion gallinae из пораженных ногтей у пациента, в течение многих нет забивавшего птиц. Е Д. Данилевская (1947), наблюдая большое количество детей, больных трихомикозами, пришла к заключению, что «парша легко поражает физически слабого ребенка». Г.А. Муталимова (1956) установила, что у 88% больных фавусом волосистой части головы увеличены регионарные лимфатические узлы, а В.П. Сергеев (1963) сообщил, что атипические формы (импетигиозная, питириоидная) у детей встречаются в 3 раза чаще, чем у взрослых.

Н.А. Торсуев (1941) первый описал дегенеративные изменения нервов кожи у больных фавусом, а Г.В. Галанова (1943) установила, что атрофия кожи при фавусе связана с изменениями основного аргирофильного вещества. Ценную монографию по патогтстьологии фавуса опубликовал Б.А. Зйвазов (1938). В.Я. Пруронов (1945) провел интересное гистологическое исследование кожи волосистой части головы после ренентгеновской эпиляции.

Р.Б. Зельманова (1956), А.Н. Аравийский с сотр. (1962) показали, что феномен люминесценции имеет значение не только при диагногностке микроспори, но и фавуса.

Вопросы организации борьбы о фавусом освещены в работах В.П. Сергеева (1963), В.П. Сергеева и А.Б. Максютовой (1961), А.И. Мартыновой с соавт. (1966), Н.П. Линецкой с соавт., (1962), П.Н. Лапышева с соавт. и др.

Согласно Т.А. Никитиной и И.И. Умновой (1965), за время с 1959 по 1963 гг. заболевания фавусом во многих областях Российской Федерации ликвидированы, в Татарской АССР снизилось более чем на 70%, а в Чувашской — на 94%. В настоящее время фавус в России почти не встречается.

Одним из первых в России глубоко начал изучать проблему эпидермофитии И.В. Розмаинский (1927). О.Н. Подвысоцкая (1932) выделила острую форму эпидермофитии, Л.Н. Машкиллейсон (1940) уточнил клинические формы эпидермофитидов и предложил собственную классификацию, различая сквамозную, дисгидротическую и интертригинозную формы, поражения ногтей и эпидермофитиды. Он же описал (1933) стертые формы этого заболевания. Е.А. Матушкин (1947) заразил эпидермофитоном животных. А.М. Ариевич и В.Ф. Порываева (1940) обнаружили у больных эпидермофитией грибки на клинически здоровой коже, а Л.М. Бродский и Е.И. Ровенская (1941) частое абсолютное и относительное увеличение сахара в крови таких больных. Е.А. Матушкин (1936–1945) сообщил о миконосительстве при эпидермофития и

высокой степени аллергического состояния кожи таких больных. Опытами на себе он в 1945 г. опроверг мнение T. Benedeck о том, что грибки не являются этиологическим фактором эпидермофитии стоп, а лишь вторично внедряются в уже измененную кожу.

Л.Н. Машкиллейсон, М.Н. Сегаль и Е.Е. Сигалова (1933) впервые в России привели исчерпывающие данные по эпидемиологии, клинике и бактериологии эпидермофитии. Л.Н. Машкиллейсон (1944) высказал мысль, что продукты расщепления белков играют большую роль в развитии сенсибилизации и в возникновении эпидергмофитидов. П.С. Попов (1941) обратил внимание на разнообразие микроскопической картины культур эпидермофитона, что подтверждено А.В. Бахиревой (1958). Вместе с Н.И. Кирилловой он доказал (1941), что описанный V.B. Neto и C. Maria (1933) Epidermophyton nigricans является очень распространенным в природе сапрофитом рода Alternaria из класса Fungi imperfecti.

Влияние радиоактивного фосфора на культуру эпидермофитона изучал в эксперименте М.В. Милич (1953), изменения реактивности организма при экзематизированной эпидермофития — Н.В. Добротворская-Кожевникова (1955), аллергические реакции — А.П. Базыка (1960). Гистохимические изменения, даже в клинически здоровой коже больных эпидермофитией, выявили А.И. Мартынова и И.Н. Козлова (1964).

А.В. Бахирева и О.А. Фурман (1957) для культивирования эпидермофитонов предложил добавлять к среде Sabouraud биомицин, а для раннего выявления характерного красного пигмента у культур красного трихофитона Б.Г. Матвеевский (1931), А.М. Марьяшева и Е.А. Шимановская (1932), Д. Эбеленький (1934) и др. рекомендовали кукурузную или соевую среду.

А.М. Кукушкин (1960) сообщил, что при дизгидротической эпидермофитии стоп чувствительность коля к трихофитону и стрептомицину повышена. Согласно Л.И. Шостак (1961), у этих больных имеется групповая сенсибилизация. А.П. Базыка (1962) с помощью тромбопенического индекса установил волнообразное течение аллергических реакций у больных эпидермофитией.

Я.Е. Атлас (1962) описал изменения терморегуляции при дизгидротических поражениях кожи кистей и стоп. Г.К. Андриасян (1958) установил, что эпидермофития относительно чаще поражает стопы людей, страдающих облитерирующим эндоартериитом, а Х.Д. Марьясис и сотр. (1966) указал на этиологическую и патогенетическую связь поражений сосудов нижних конечностей и грибковой инфекций.

А.М. Ариевич и В.Ф. Порываева (1940), Д.С. Лейтман (1940) показали, что элементы эпидермофитона можно обнаружить в соскобах клинически здоровых участков кожи подошв и межпальцевых складках.

Л.Н. Машкиллейсон (1939) указал, что эпидермофитиды возникают рефлекторным путем, а А.М. Ариевич (1938) обосновал необходимость применения при них десенсибилизирующей терапии.

Об учащении заболеваемости эпидермофитией весной и летом, о преимущественном заражении в банях, о профессиональной эпидермофитии у баньщиков, пловцов и т.д., об отсутствии этого микоза у детей дошкольного возраста и редкости его у школьников писали Л.Н. Машкиллейсон, А.М. Ариевич и В.Ф. Порываева (1941), а особенности эпидермофитии у детей описал Л.Г. Лисун (1958,1961).

В эпидемиологии эпидермофитии А.Г. Самарина (1961) большую роль отводит многообразному и тесному семенно-бытовому контакту. Организацию лечебно—профилактической помощи больным эпидермофитией разработал М.Б. Поташник с сотр. (1961), а специально в условиях производства на промышленных предприятиях — В.И. Ясно и С.Д. Фурман (1950), Х.Д. Марьясис (1958, 1959, 1960), К.Л. Голшмид (1965), Б.А. Зенин и Д.Т. Дьячков (196)) и др., в воинских частях — Н.И. Ильюшкин (1953). Методику камерной дезинфекции обуви больных микозами стоп предложили Н.А. Капитонов (1960), С.А. Ивлев (1962) и др. Г.К. Андриасян (1959) для этой цели рекомендовал уксусную эссенцию.

Для лечения эпидермофитии отечественными дерматологами предложены многочисленные методы. А.М. Ариевич (1946) рекомендовал одномоментное удаление рогового слоя. М.А. Кирзон и Э.М. Караваева (1939) — антипаразитарное лечение в островоспалительной стадии, Х. Джафаров (1940) — салицилово-молочную кислоту в коллодии, К.И. Баткина (1946) — 50% салицилово-мелелотный пластырь, П.Е. Маслов (1939) — препарат «К», Л.А. Нерадов (1956) и А.С. Вайнштейн (1960) — ундециновую мазь, С.М. Гитман и С.М. Минскер (1939) — метод Демьяновича, А.И. Мартынова (1966) — юглон, В.И. Казаков (1946) — присыпку уротропином, В.С. Ябленик и соавт. (1958) — один из компонентов фитонцидов черемухи — бензойный альдегид, Л.Б. Виноградова с соавт. (1956) — нитрофурилен, В.Ф. Большакова с соавт. (1966) — раствор прополисного экстракта в этиловом спирте и эфире и т.д. А.М. Ариевич (1943) указал, что лечение должно быть направлено не только на устранение клинических симптомов, но также на создание условий, препятствующих переходу гриба из сапрофитического и паразитического состояния (лечение потливости), и на профилактику рецидивов.

В последующем лечение этого заболевания разрабатывали А.Ф. Чистяков (1955), Л.И. Христин с сотр. (1960), Е.К. Резников (1962) и др. В.Д. Макеев (1960) рекомендует препараты тринитротолуола, А.А. Свирид (1966) — дихлорйодсалициланилид, Е.А. Гайдина с соавт. (1966) — микофуриловую и нитрофуриленовую мази, И.И. Потоцкий с сотр. (1962) — 2-хлоранилид-5-хлорсалициловой кислоты, И.И. Потоцкий и К.С. Просникевич (1966) — эсулановую мазь, а А.П. Базыка (1966) и Х.Д. Марьясис с сотр. (1963) — вакцинотерапию. Отечественные ученые установили, что метод «отслойки» при лечении эпидермофитии, вызванной Epidermophyton Kayfmann-Wolf, опасен в виду возможных тяжелых осложнений вплоть до эритродермии.

Для профилактики микозов стоп в банях, душевых и пр. разработаны методы рациональной уборки помещения особыми фонтанчиками, применение высушивающих и подкисленных присыпок и т.д.

В 1944–1945 гг. в России участились заболевания, вызываемые красным трихофитоном Castellani или пурпуровым трихофитоном Beng. Московская школа во главе с А.М. Ариевичем с сотр. (1937, 1945) называли его Ep. rubrum, а заболевание относили к эпидермофитиям, называя его руброфитией, тогда как ленинградская (П.Н. Кашкин, А.Н. Аравийский и др.) — к трихофитиям.

На среде из кукурузной и соевой муки, предложенной В.В. Теплиц (1957), красный цвет Ep. rubrum выявляется уже в первые дни роста культуры. И.И. Умноза (1955) воспроизвела этот эпидермомикоз на подошвах морской свинки.

В отличие от других микозов стоп, этот граб вызывает поражение волосистой части головы, ладоней, подошв и тыльной поверхности кистей, всех межпальцевых складок кожи, преимущественно паховобедренных (около 15% больных), гиперкератоз а муковидное шелушение ладоней и подошв, единичные пузырьки, поражение кожи туловища, конечностей, шеи и лица, множественное поражение ногтей ног и рук, отмечено вялое течение процесса и отсутствие аллергических высыпаний (И.И. Умнова., 1955; А.М. Ариевич и В.Н. Пентковская, 1940 и др.).

И.И. Умнова (1955) у больных руброфитией стоп с множественным поражением ногтей описала фолликулярно-узелковое поражение голеней, располагающееся в виде дуги, с чешуйкой на вершине каждого элемента, а Л.Г. Лесун (1960) установил, что руброфития стоп у детей, в отличие от взрослых, нередко протекает остро, с выраженными экссудативкыми реакциями.

Над изучением кандидозов много работали ленинградская и московская школы микологов. В 1949 г. вышла первая монография А.М. Ариевича «Поверхностные дрожжевые поражения кожи и слизистых оболочек». Уреазная и дегидразная, каталазная активность дрожжеподобных грибков рода Candida изучена Н.П. Елиновым (1958), изменчивость их — И.С. Поповым и Р.Г. Раевской (1958), изменчивость под влиянием мицерина и велютинина — В.Н. Шатиком (1960), сыворотка крови — Е.В. Серебряковым (1966).

А.А. Кондратьева (1941, 1956) и др. сообщили новые данные о полиморфизме и изменчивости дрожжеподобных грибов под влиянием различных факторов.

По мнению А.М. Ариевича (1949), патогенными являются почти исключительно грибы из рода Candida. И.А. Хатридзе (1947) описал некоторые признаки, определяющие виды патогенных анаспорогенных дрожжеподобных грибов, выделенных с поверхностных очагов. Оригинальный ии эффективный метод выделения одноклеточных дрожжевых

культур одновременной очисткой их от сопутствующих бактерий разработан И.С. Поповым, Б.А. Задорожным и Р.Г. Раевской (1958).

В.Д. Макеева (1956) доказала значительную активность отечественного препарата ТНТ в отношении дрожжевых и дрожжеподобных грибов на искусственных питательных средах.

Н.П. Еланов (1953) получил антиген из клеток Candida albicans и из других представителей этого рода для реакции связывания комплемента и изучил их антигенные свойства (1961). Ему же (1964) принадлежит первая монография о патогенных дрожжеподобных организмах. А.А. Кондратьева (1961) доказала изменчивость Candida albicans в культурах от больных людей. Н.А. Костенич и Е.А. Карпович (1961) изучали влияние ионизирующей радиации на экспериментальную инфекцию, вызванную кандидом и гипсовым трихофитоном.

Выявлены черты сходства и различия между грибами рода Candida и Torulopsis, Bratanomyces и Sporololomyces, Rhodotorula и Trichosporum, помогающие их дифференциации (П.Н. Кашкин,1958).

Н.П. Елинов (1958) и др. разработали новые бетанафтольный и спиртоводный методы извлечения полисахаридов, а Н.А. Заикина (1963) и др. изучили их состав и химическое строение, а Н.А. Силуянова (1962) дополнила учение об антигенной структуре дрожжеподобных грибов.

Н.П. Елинов (1956) разработал методические указания для врачей по лабораторной диагностике кандидозов, А.М. Ариевич , А.С. Резникова и З.Г. Степанищева (1958), П.Н. Кашкин с соавт. (1963), Ф.Г. Марченкова (1965) — методику серологической диагностики их. И.П. Фомина и З.Г. Степанищева (1957) получили экспериментальную модель острого и подострого системного кандидоза.

Динамикой микрофлоры у больных кандидозами, леченных антибиотиками, специально занимались Б.В. Глуховцев и М.А. Фролова (1950).

Работы из Центрального кожно-венерологического института показали, что разные виды рода Candida могут вызвать различные по клинической картине и течению заболевания, а Л.М. Хатеневер (1928) сообщил, что сапрофитические дрожжевые грибы, вводимые в большом количестве, могут вызвать поражения в организме животных.

Б.В. Глуховцев (1956) изучал особенности генерализации кандидоза у больных туберкулезом, а М.А. Фролова (1958) — аллергическое состояние у больных кандидозом путем внутрикожного введения поливалентной вакцины Candida. А.А. Кондратьева (1939) доказала несостоятельность представления о безобидности дрожжевых и дрожжеподобных грибов, установив, что пассаж через животных ведет к значительному усилению их верулентности. Е.Г. Кисин (1941) обратил внимание на частое совпадение дрожжевых поражений у кормящих матерей на сосках и у детей на слизистой рта.

Отечественные авторы разрабатывали вопросы патогенеза, клиники, профилактики и лечения кандидозов, возникающих как осложне-

ние при лечении антибиотиками. В этой области работали К.Л. Голшмид (1958), В.Я. Некачалов (1957), А.М. Ариевич и З.Г. Степанищева (1958, 1965), Д.В. Демьяненко (1960), Н.А. Иванов и соавт. (1961), Е.А. Медведева (1962) и др.

В.А. Оганоз, В.А. Ведерников (1938) и В.Н. Пирлик (1938) описали дрожжевые профессиональные онихии и перионихии у рабочих кондитерских фабрик, подробно изученные поздние изменения А.М. Ариевичем, А.П. Долговым и Е.А. Плевако (1941).

Клиническая картина поверхностных кандидозов кожи и слизистых оболочек подробно изучена и описана Я.А. Мерииным (1935), А.М. Ариевичем (1949), И.Э. Школьниковым (1949), Г.В. Квиташвили и соавт. (1963) и др. Поражение ладоней впервые описал А.М. Ариевич (1949), хейлит — Я.А. Мериин (1935), ангину — О.Н. Подвысоцкая и П.Н. Кашкин (1936), половых органов — М.Б. Сегаль и М.Ф. Елистратова (1935), кариес зубов — О.В. Тюфилина (1963), а В.Я. Кунельская (1968) — отомикоз, для которого характерна инфильтрация кожи, более выраженная в костном отделе слухового прохода, чем в фиброзно-хрящевом, цвет этого поражения белый или сероватый.

Хронический гранулематозный кандидоз волосистой части головы наблюдали Е.Я. Мороз (1958), Ю.В. Тюфилин (1961), Р.Г. Гаджиев и Л.А. Марциновская (1966) и др. Е.Я. Мороз (1958) сообщила, что дрожжевыми грибами могут инфицироваться новорожденные дети, а Л.М. Крылов (1960) описал особенности клинической картины кандидоза у детей.

Отечественными учеными разработаны оригинальные методы лечения дрожжевых поражений кожи, слизистых оболочек и ногтей (А.М. Ариевич, 1937; М.Г. Мгебров, 1928; А.Я. Мериин, 1936; В.Я. Некачалов, 1958 и др.). Рекомендованы отмена антибиотиков и комплексное лечение общеукрепляющими, десенсебилизирующими, антигистаминными средствами, внутривенным введением 40% раствора уротропина наряду с местной терапией. А.М. Ариевич и В.Я. Некачалов (1957) установили «пародоксальный отрицательный эффект» йодистых препаратов, которые могут иногда вызвать обострение кандидоза, ухудшение общего состояния.

В изучение онихомикозов значительным вкладом явились диссертации Г.К. Андриасяна (1951), А.В. Чубаровой (1950), Г.Р. Мулагуловой (1967), И.И. Умновой (1955), работы Л.Н. Машкиллейсона, А.М. Ариевича и В.Ф. Порываевой (1941), С.Л. Потаповой (1962). А.М. Ариевич (1938) сообщил о возможности гематогенного возникновения онихомикозов при хронических грибковых инфекциях и констатировал онихомикозы у 30% взрослых, больных хронической трихофитией. В 1938 г. Московским дерматологическим обществом А.М. Ариевичу присуждена премия имени Г.И. Мещерского за работу «Профессиональные дрожжевые паронихии и онихии у рабочих кондидерских производств».

А.Н. Аравийский (1940) предложил различать первичные онихомикозы, при которых патологический процесс носит в основном местный характер и вторичные с множественными поражениями ногтей в сопровождении дистрофий ногтевых пластинок, подногтевым гиперкератозом.

Было показано (Г.К. Андриасян, 1951), что вялая воспалительная реакция соединительной ткани ногтевого ложа является характерной для всякого онихомикоза. Он описал выраженные атрофические или наоборот гипертрофические процессы в самой ногтевой пластинке, подногтевой гиперкератоз, образование зернистого слоя, что является признаками нарушения трофики.

Г.В. Колпикова (1965) разработала и применила в практике метод микроонихоскопии, предложенный П.В. Кожевниковым, а В.А. Забойкина (1966) — вариант определения гризеофульвина в тканях.

Микроспория ногтей описана А.С. Чубаровой (1949), Т.М. Тихоновой и Р.А. Бубновой (1963), Г.В. Лолляковой (1966) и др., поражение ногтей, вызванное дрожжеподобными грибами — О.Н. Подвысоцкой и П.Н. Кашкиным (1935), изолированный кандидоз ногтевых пластинок — А.М. Ариевичем (1949), а С.Н. Потапова (9257) предложила для лечения дрожжевых паронихий и онихий электрофорез сернокислого цинка. Onychia nigricans и паронихия, вызванная грибом Candida albicans, описаны Н.С. Потаповой (1960).

А.М. Ариевич и В.Н. Ценковская (1945) указали, что Tr. rubrum вызывает множественные поражения ногтей, ног и рук, а не только ногтей I и V пальцев, как при эпидермофитии.

З.Б. Одинец (1966) описала гистопатологию онихомикоза, обусловленного Tr. rubrum. Е.Е. Сигалова (1941) получила экспериментальный онихомикоз у морской свинки и поражение шерстяного покрова, вызванного красным эпидермофитоном. Над получением модели экспериментального онихомикоза у животных работали В.В. Добромыслов, Ю.Е. Конев и А.И. Дроздов (1958).

Согласно данным Л.Н. Машкиллейсона, А.М. Ариевича и В.Ф. Порываева (1941), ногти поражаются более чем у 20% больных эпидермофитией стоп, по А.М. Ариевичу (1945) — не менее чем у 50%, а у стариков, по данным А.М. Ариевича и З.Г. Степанищевой (1960), — еще чаще. Подробно изучил его З.Л. Яковлев (1950). А.М. Ариевич (1945) различает 3 типа эпидермофитийных онихомикозов: 1) нормотрофический без изменения конфигурации и толщины ногтевой пластинки; 2) тип онихомикоза с отслойкой ее от ложа и 3) клювовидную форму вследствие разрушения боковых краев ногтя. М.Л. Киселева (1955) списала поражение ногтей, вызванное Scopulariopsis breyicanlis.

Согласно Г.К. Андриасяну (1949), плесневые онихомикозы почти не отличаются от эпидермофитии или руброфитии ногтей, только изредка на месте поражения окраска не желтая, а темно-желтая или коричнева-

то-бурая. Элементы плесневого гриба обнаруживаются в самых верхних частях ногтевой пластинки, а в глубоких — обычно встречаются нити мицелия эпидермофитона.

А.П. Базыка (1954) установил значение патогенетических факторов в развитии онихомикозов и получил благоприятные результаты от иммунотерапии больных системными онихомикозами. А.Ю. Фардос (1964) установила, что инфекция дрожжеподобными и плесневыми грибами может служить причиной неудач лечения онихомикозов гризеофульвином. Онихомякоз у 2-месячного ребенка наблюдала Т.И. Безнос (1964).

Для лечения онихомикозов А.М. Ариевич (1938) предложил пропитывание ногтевой пластинки 50% пирогалловой кислотой, А.Н. Аравийский (1940) — онихолизин (водная кашица 15% сернистого бария), К.И. Баткина (1941) — 50% салициловый пластырь и т.д.

Принципы и методы лечения онихомикозов детально разработал А.М. Ариевич с соавт. (1900); лечение кератолитическими и фунгицидным пластырями — О.Г. Вихрева и Б.М. Лебедев (1961), электрофорезом 2% сернокислого цинка — С.Н. Потапова (1353, 1961), О.П. Макарова (1958), гризеофульвином — А.М. Ариевич и С.Г. Вихрева (1263, 1364), О.Г. Вихрева (1965), сочетанием гризеофульвина с местным лечением — А.Ф. Баранов и сотр. (1966), А.М. Ариевич и сотр. (1961), А.Я. Мериин (1936) предложил удалять пораженные ногти замораживанием хлорэтилом.

Глубокие микозы в СССР встречались относительно редко, но регистрация их за последние годы учащается в связи с расширением связей с тропическими и субтропическими странами и улучшением диагностики.

Научными центрами по изучению глубоких микозов в России являются институт медицинской паразитологии и тропической медицины им. Е.И. Марциновского в Москве, где в 1932 г. было организовано отделение патогенных грибков, а в 1966 — отдел глубоких микозов; центральный кожно-венерологический институт (Москва), кафедра кожных и венерических болезней 1-го Ленинградского медицинского института и микологическая лаборатория Ленинградского института усовершенствования врачей.

А.А. Боголепов (1926) отметил морфологическую близость актиномицетов и возбудителей туберкулеза, лепры, сапа, дифтерии.

С.Ф. Дмитриев (1933), изучая явления диссоциации в аэробных культурах актиномицетов, обратил внимание на лизис, сопутствующий диссоциации колоний, и создал схему эволюционных изменений патогенных актиномицетов. Эти данные открыли новые перспективы в области патогенеза и терапии актиномикоза. В сотрудничестве с Г.О. Сутеевым (1936) он предложил для лечения актиномикоза лизированные культуры актиномицетов — актинофильтрат, оказавшийся весьма активным иммунологическим терапевтическим средством даже в случаях тяжелого актиномикоза. Эти же авторы установили (1940) инкубаци-

онный период и сроки формирования друз при экспериментальном актиномикозе и выявили значение сенсибилизации в патогенезе лучисто-грибковой болезни.

С.Ф. Дмитриев (1940) открыл новый вид возбудителя актиномикоза, относящийся к роду Micromenospora, а А.Н. Аравийский (1966) описал язвенную форму поражения, вызванного этим грибом. Н.А. Красильников (1938) опубликовал монографию «Лучистые грибки и родственные им организмы», Г.О. Сутеев (1931) — об актиномикозе, основанную на изучении 405 больных и критическом обзоре мировой литературы, Д.И. Аснин — «Иммунодиагностика актиномикоза» (1956). Б.Л. Осипов (1950) посвятил сбою монографию актиномикозу в хирургической практике, а К.И. Бердыган (1955) — специально поражениям лица, челюстей, шеи и их лечению. Т.Ф. Гаузе с сотр. (1957) разработал классификацию эктиномицетов-антогонистов. Актиномякоз мочеполовых органов описал Б.Л. Мохарат (1960).

Попутно укажем, что Н.И. Черноморцева (1954) выделила белые актиномицеты Sporulariopsis, вызывающие поверхностные дерматиты.

Если в прежние годы описывались отдельные случаи бластомикоза Cilchrist, Busse — Buschke (Л.Н. Машкиллейсон, 1926; Л.М. Овсянников и Т.С. Бруевич, 1951; Г.Н. Большакова, 1953 и др.), то позднее, как сообщает А.М. Ариевич и З.Г. Степанищева (1969), в микологической клинике Центрального кожно-венерологического института наблюдались 12 больных хромомикозом, 6 — мицетомой стоп, 10 — споротрихозом, 8 — кокцидиомикозом, 2 — гистоплазмозом и др.

И.И. Чернявский (1937) первый в России и в Европе в 1928 г. диагностировал хромобластомикоз и выделенным возбудителем заразил крыс, а Я.М. Мериин (1929) не только изучил его, но и обнаружил (1938) в лимфатических узлах больного. А.Я. Прокопчук (1938) доказал его патогенность для кроликов. О.Н. Подвысоцкая (1934), демонстрировавшая первого в России больного в Ленинграде в 1330 г., подробно описала клиническую картину этого микоза, изложила основы микроскопической и гистологической диагностики и предложила назвать дерматоз «хромомикозом», поскольку возбудитель его Hormodendron rossica Meriinii никакого отношения к бластомицетам не имеет.

А.Я. Пелевина в Московском венерологическом и дерматологическом обществе в 1930 г. демонстрировала второго больного под диагнозом Dermatitis yerrucosa mycotica. И.С. Попов и З.С. Антимонова (1938) установили, что положительный результат прививки крысе культуры Hormodendrin появляется только через 10 месяцев. Случаи хромомикоза позднее описаны Г.А. Егоровым (1355) и др. А.М. Ариевич и В.М. Воронина (1938), наблюдавшие гематогенное метастазирование хромомикоза, для лечения его предложили витамин Д2. Ю.А. Тимаховский (1962), А.М. Ариевич и В.М. Воронина (1964) рекомендовали амфотерицин В.

Подробно описали язвенный бластомикоз кожи в Таджикистане Б.Р. Рахматов и Л.М. Кенигсберг (1969).

Мадуромикоз описали М.А. Членов с соавт. (1936), Д. Ильдрым (1936), В.Д. Келеман (1952), Г.М. Большакова и З.Г. Степанищева (1960), А.А. Левков (1960), Д.И. Аскин, С.Б. Минскер и Т.Г. Сутеев (1963) и др. Обнаружены различные возбудители болезни, в том числе Nocardia asteroides и Monosporium apiosperum (Т.Г. Сутеев, 1962). И.И. Квцнельсон А.А. Левков (1962) и описали больного с висцеральным микозом и поражением кожи стоп типа мицетомы.

В 1951 г. А.Я. Аравийский впервые в России выявил больного с поражением типа кокцадиоидного микоза, а в 1957 г. совместно с В.Я. Некачаловым описали уже 30 таких больных. П.Н. Кашкин и Л.Г. Кузьмина (1957) отметили некоторые отличия морфологии от американского, а А.Н. Аравийский и П.Н. Кашкин (1960) выпустили содержательную монографию, посвященную этому микозу, отметив некоторые особенности возбудителя, а также описав клинику абдоминального и торокального типов болезни. К.А. Калантаевская и Г.И. Ластовецкий (1964) наблюдали 6 таких больных, М.Г. Подгавецкая, Г.И. Попов и Н.С. Брискман (1964) — одного, А.Б. Эпштейн (1964) описал больного своеобразным системным кокцидиозом с поражением кожи и легких. Такие сообщения опубликовали также Л.И. Шостак (1957), В.В. Захаров (1962), В.В. Теплиц (1957) и др.

Случаи кокцидиоза обнаружены в Кузнецком бассейне, на Дальнем Востоке, Украине, среднем Поволжье и в Ленинграде. Лабораторная диагностика кокцидиоидного микоза грибов и отношение к воздействию внешних факторов изучены Т.М. Кокушиной (1961).

А.М. Ариевич и З.Г. Степанищева (1965) выделили особый глубокий микоз ягодиц и промежности у мужчин в виде плотных инфильтратов с извитыми фистулезными ходами и длительно незаживающими свищами. В качестве возбудителей выделены Candida albicans, Cryptococcus neoformans, Coccidiodes immitis, Histoplasma cspsulatum, то есть установлена его полиэтиологичность.

Первые работы по гистоплазмозу опубликованы П.Н. Кашкиным (1962), А.М. Ариевичем и З.Г. Степанищевой (1963, 1967), Т.А. Спесивцевой (1964), З.Г. Степанищевой, А.М. Ариевич с соавт. (1966), В.М. Ждановым с соавт. (1968) и др. У пациентов помимо гепатолиенального синдрома обнаружены глубокие инфильтраты ягодиц, абсцессы и свищи, поражения легких, гониты, лейкопения. У некоторых возбудитель обнаруженв в мазках крови и выделен в культуре из крови.

Криптококки обнаружены И.Е. Колужановой и Б.Л. Войцеховским в голубином помете (1965); эпидемиология вызываемого ими микоза изучена З.Г. Степанищевой и Г.Н. Ольховской (1969), а клиника — М.А. Аксянцевым (1947) и др.

В Кузнецком бассейне, на Кавказе и в Ленинграде были зарегистрированы заболевания риноспоридиозом (В.А. Васильева, 1956; М.Ф. Карпова и В.А. Спокойная, 1960).

А.Л. Пелевина и Н.А. Черногубов (1926) наблюдали «семейную эпидемию трихофитии» с лимфаденитами, холодными абсцессами, поражениями костей, слизистой рта, кольпитом и т.д. и указали, что при известных условиях гриб из кожи может диссеминироваться лимфо- и гематогенным путями.

А.М. Ариевич, Л.М. Крылов и З.Г. Степанищева (1963), заражая новорожденных крысят парэнтерально, получили модель геотрихоза слизистой оболочки рта, пищевода, легких, кожи, а также геотрихозного сепсиса.

Л.М. Крылов (1960), О.К. Хмельницкий (1963) детально изучили гистоморфологию легких, кишечника, доказали кандидамикотическую этиологию пневмоний, диспепсий, сепсиса и поражений среднего уха у грудных детей, развивающихся в результате неправильного применения антибиотиков, а также уточнили роль молочницы полости рта в патогенезе висцеральных кандидомикозов. А.М. Ариевич, Е.И. Янов и Т.Н. Коган (1957) доказали, что кандидапневмонии локализуются преимущественно в нижних и средних зонах легких, сопровождаются гектической лихорадкой, ознобами, проливными потами, адинамией, лимфопенией и т.д. Висцеральным кандидозам посвятили свои работы Е.Я. Мороз (1959), Ю.В. Тюфилина (1959), В.Г. Дадиомова (1955) и др.

Согласно А.М. Ариевичу (1955), плесневые микозы легких вторичного происхождения ибо они обычно осложняют кавернозный туберкулез легких, пневмонию, рак легких у тяжелых больных, длительно леченных антибиотиками и кортикостероидными препаратами.

А.М. Ариевич, О.Б. Тюфиляна, Б.З. Теплиц, З.Г. Степанищева и Д.И. Куколева (1964), Л.И. Куколева и А.Я. Малкина (1967) первые в России выявили больных глубоким микозом, вызванным плесневым грибом Cephalosporium, протекавшим как глубокая абсцедирующая или хроническая глубокая язвенная пиодермия.

А.М. Ариевич и З.Г. Степанищева (1956) утверждают, что склерозирующий фолликулит шеи (acne keloid) может иметь прямое отношение к споротрихозу.

Б.Я. Кунельская (1964) сообщила, что поражения, вызванные грибами Aspergillus, Penicillium и Rhizopus имеют черноватую, желтоватую или зеленоватую окраску в зависимости от рода и вида плесени. По ее данным и наблюдениям З.Г. Степанищевой (1955), половина наружных отитов обусловлена либо обычными плеснями, либо дрожжеподобными грибками рода Candida, иногда в связи с профессиональными услозиями.

А.М. Ариевич, З.Г. Степанищева и А.Я. Биленкина и др. (1963) описали язвенное поражение роговицы глаза, вызванное Aspergillus fumigatus,

Е.С. Назарова (1933) выделяла Fusarium у больного межпальцевой эрозией правой кисти.

Отечественные микологи много работали над совершенствованием методов эпиляции рентгеновскими лучами. Трехпольная система рентгеноэпиляции была разработана Б.М. Бернштейном и М.А. Быховским (1924) и независимо от них Г. Вайншенкером (1924), позднее большинство пользовалось четырехпольной или дробной (А.М. Ариевич с сотр., 1946), а также при ограниченных очагах — локализованной (К.И. Баткина и Б.М. Аубрехт, 1938).

Гистологические изменения в коже при фавусе и трихофитии в процессе рентгеноэпиляции описал В.Я. Пруронов (1945), В.Я. Арутюнов (1945), В.Е. Зайцев (1958) сконструировал передвижной рентгено-эпиляционный аппарат, а его работу на селе описали Д.А. Файзуллин и М.А. Трушина (1961).

Эпиляция при помощи приема внутрь уксуснокислого таллия по A. Buschke (1926) получила в России отрицательную оценку (В.В. Иванов,1931; И.А. Левин и Н.А. Торсуев, 1930 и др.), но в течение довольно длительного времени он применялся в виде пластыря (Н.А. Черногубов и Ф.И. Монтейль,1931; С.Л. Либерман,1935, 1938, 1941 и др.).

Определенную пользу принес созданный совместными усилиями работников Центрального кожно-венерологического института (А.М. Ариевич, 1958) и Всесоюзного научно-исследовательского химико-фармацевтического института (В.А. Зачесов) препарат эпилин (4-диэтиламиноэток-сифенил-фенетилкетон), в апробации которого приняло участие свыше 120 научных работников и практических врачей. В 1961 г. вышел сборник «Эпилин в терапии дерматомикозов волосистой части головы». А.М. Ариевич (1961) высказал предположение, что механизм действия эпилина невротрофический, а Л.С. Лейкин (1963) и Л.Г. Валова (1964) показали, что он связан и с проницаемостью рогового слоя кожи. Согласно А.А. Шеклаковой с соавт. (1965), срок годности эпилинового пластыря не менее одного года.

Сообщение М.П. Батунина с соавт. (1960, 1961) о токсичности этого препарата подтверждения не получило и элилин широко применялся для амбулаторного лечения (Л.И. Куколева, 1960). П.Н. Валова (1964) описала гистоморфологические изменения нервов кожи волосистой части головы при применении 4% эпилинового пластыря, а Ю.М. Игошин (1962) изучал всасывание и элиминацию эпилана у больных трихомикозами.

Много работ посвящено лечению дерматомикозов гризеофульвином, производство которого освоено Ленинградским институтом антибиотиков.

Н.В. Виноградова с соавт. (1966) обнаружила у больных, леченных гризеофульвином, нарушения функциональной способности печени: по ее данным, гризеофульвин-форте препарат малотоксичный и высокоэффективный. З.Л. Зайцева (1963) установила, что легкие побочные

явления при лечении гризеофульвином наблюдаются в 11% случаев. А.М. Ариевич и О.Г. Вихрева и О.В. Тюфилина (1961) установили, что при распространенных поражениях рецидивы бывают через много месяцев после клинического излечения, возможно, за счет лимфогенного или гематогенного распространения грибов из лимфатических узлов. Не рекомендуются малые дозы гризеофульвина (менее 1 г взрослому) и так называемые «прерывистые» курсы лечения во избежание развития резистентности, а также назначение этого антибиотика для лечения межпальцевой руброфитии стоп, подошв и ладоней без поражения ногтей и нагноительной трихофитии. В дальнейшем гризеофульвин назначали из расчета 1 таблетка (0,125 г) на 10 кг массы тела больного в сутки; в течение 1 месяца после хирургического удаления пораженных ногтей ежедневно в течение 2-го месяца через день и далее до отрастания ногтей 2 раза в неделю.

Вопросам организации борьбы с дерматомикозами посвящено множество работ отечественных микологов.

А.А. Антоньев (1955) дал сравнительную оценку различным организационным мероприятиям. Д.Л. Воронов с соавт. (1962), А.И. Мартынова и Л.П. Алексеева (1966) поделились опытом борьбы с зоонозяыми трихофитиями; профилактику грибковых заболеваний на селе разрабатывали Н. Машкиллейсон (1931), Т.Л. Савельева (1958), Д.А. Лапышев (1961), И.Х. Халилов (1962) и др. ; в условиях производства — А.И. Мартынова (1966), Х.Д. Марьясис (1963, 1965); на курортах — Г.К. Андриасян (1962); методику выявления больных дерматомикозами при массовых обследованиях — Д.П. Богданов (1954); Г.Х. Хачатурян с соавт. (1962), а роль санитарного просвещения в борьбе с дерматомикозами осветили П.Д. Юшков (1960), А.А. Левков (1961) и др. Особого упоминания заслуживают работы А.М. Ариевича о профессиональных микозах у медицинских работников (1931), у рабочих кондитерских производств (1941).

Б 1939 г. был введен учет больных дерматомикозами на основе «обязательных извещений», а в 1943 г. — карточный.

Ведущее место в советской системе борьбы с дерматомикозами занимала диспансерная методика (выявление источника заражения, обследование членов семьи и лиц, имевших контакт с больными, контроль за аккуратностью лечения и т.д.), основы которой были разработаны еще Н.А. Черногубовым (1928), А.Г. Лурье (1929) и др. Методы диспансеризации больных микозами по мере накопления опыта совершенствовались А.М. Ариевичем и М.М. Кожевниковой (1937–1939), а также ленинградской школой микологов (О.Н. Подвысоцкая, П.Н. Кашкин и др.).

Функции организационно-методического центра по борьбе с дерматомикозами выполнял, начиная с 20-х годов, I микологический диспансер в Москве, который подготовил ряд важных методических материалов, а на Украине — Киевский фавозный диспансер, открытый в 1923 г.

Первоочередной задачей была организация лечебной помощи массам больных детей, создание сети рентгено-эпиляционных установок, ликвидация дерматомикозов в детских коллективах. С 1921 г. начали создаваться специальные детские дома. В 1923 г. было проведено специальное совещание по борьбе с грибковыми заболеваниями в деткомиссии ВЦИК.

Успеху борьбы с дерматомикозами способствовало создание во многих местах временных микологических стационаров, передвижных рентгено-эпиляционных установок, многочисленных специальных и комплексных экспедиций в наиболее пораженные сельские местности, усиление санитарного надзора за парикмахерскими, уничтожение бездомных кошек и собак, проведение широкой санитарно-просветительной работы. Большое внимание было уделено хронической трихофитии взрослых как источнику инфицирования детей, люминисцентная диагностика микроспории стала обычным методом во всех диспансерах.

С 1941 по 1945 гг. была проведена огромная работа в Туркменской ССР по весовому оздоровлению населения от дерматомикозов. В Узбекской ССР с 1950 по 1957 год произведено 27 миллионов первичных и повторных обследований на грибковые заболевания.

Проблема микозов стоп потребовала разработки как лечебных, так и профилактических мероприятий, индивидуальных и в местах общественного пользования (бани, душевые и т.д.), которые изложены в ряде методических писем, составленных ЦКВИ и изданных Министерством здравоохранения СССР.

В России издано много монографий, руководств и сборников, посвященных проблемам дерматомикологии.

Уже в течение первых 10–15 лет было достигнуто резкое снижение заболеваемости не только в центре, но и в тех национальных республиках, где микозы были сильно распространены до революции.

В Азербайджанской ССР в 1937 г. были созданы 18 фавозориёв, проведен ряд оздоровительных мероприятий и к 1953 г. заболеваемость снизилась в 30 раз (А.М. Листенгартен, Э.М. Мамедбекова, Балакшиев и Кулиева, 1955). В Туркменской ССР за четыре года было подвергнуто рентгеноэпиляпии и лечению 20 000 больных дерматомикозами (П.В. Кожевников, 1946). В Узбекской ССР по сравнению с военными годами заболеваемость детей дерматомикозами снизилась к 1951 г. в 13 раз, а среди воспитанников детских домов — в 23 раза (В.Н. Матвеев, 1959). В течение 1950–1957 гг. в ряде сельских районов было осмотрено 27 млн. чел., с 1952 г. выявилось среди них 0,5% больных, а в 1957 г. — 0,19%. Излечены были десятки тысяч больных.

Тяжелым санитарным последствием Отечественной войны, вызвавшей полное разрушение сети лечебно-профилактических учреждений на временно оккупированной территории, явилось сильное увеличение числа больных дермагомикозами. Однако, несмотря на очень тяже-

лую обстановку восстановительного периода, эта вспышка была быстро ликвидирована. В 1954 г. Э.Н. Черняк сообщила о полном оздоровлении 11 районов Гродненской области. В Литовской ССР в 1954 г. заболеваемость снизилась на 47%, а в первом полугодии 1955 г. еще на 50–60% (И.В. Спечюс, 1956; И.И. Лелис, 1956).

В результате напряженной и планомерной борьбы в 1953 г. заболеваемость дерматомикозами в Российской Федерации по сравнению с 1949 г. была снижена вдвое. Микроспория, обусловленная ржавым микролспорумом, весьма контагилзная, проникшая в Россию во время Второй мировой войны и давшая большие эпидемические вспышки, почти ликвидирована. Фавус почти не встречается.

Вторая половина XX века характеризуется развитием биохимии патогенных грибов, специфичности их ферментативных комплексов и антигенности. Широко изучаются вопросы экологии патогенных грибов, развиваются экспериментальные модели грибковых заболеваний, изыскиваются новые средства химиотерапии микозов, открываются новые активные антибиотики. Новыми методами и с помощью современной аппаратуры изучается цитология и цитохимия патогенных грибов, их структура, закладываются основы клинического своеобразия микозов. В конце XX столетия отечественные дерматомикологи разработали и с успехом применяют новые методы лечения микозов кожи и ее придатков ламизином, рунгалом и другими современными методами лечения дерматомикозов.

Ю.В. Сергеев впервые в России провел массовую кампанию по лечению и профилактике микозов в Москве. Р.А. Аравийский впервые в России зарегистрировал случай прототекоза головного мозга.

Большой научный вклад в развитие отечественной дерматомикологии внес проф. П.Н. Кашкин (1901–1991). Он является учеником Д.К. Заболотного, Г.А. Надсона и О.Н. Подвысоцкой и более 30 лет проработал в Ленинградском институте усовершенствования врачей им. С.М. Кирова.

П.Н. Кашкин является автором около 400 научных работ, 20 руководств, монографий. Преобладающее большинство его работ посвящено медицинской микологии, проблеме антибиотиков, изменчивости грибов и бактерий. Наиболее значительными являются его ра-



Рис. 14. **Проф. П.Н. Кашкин (1901–1991)**

боты, посвященные изменчивости патогенных грибов и бактерий, неудач и осложнений антибактериальной терапии, исследованию этиологии и эпидемиологии микогенной сенсибилизации, разработке патогенеза микозов.

Под руководством проф. П.Н. Кашкина выполнено 120 кандидатских и 30 докторских диссертаций, посвященных различным аспектам медицинской микологии.

В настоящее время сотрудники Научно-исследовательского института медицинской микологии им. П.Н. Кашкина продолжают научные традиции, заложенные его основателем. Над проблемой современной микологии работают: Н.В. Васильева, К.К. Климко, А.В. Самцов, В.Б. Антонова, Л.В. Белянина и другие сотрудники института.

Большой научный вклад в развитие отечественной дерматомикологии внес проф. А.М. Ариевич (1896–1988). Он более 30 лет заведовал отделом микологии ЦКВИ и более 12 лет руководил работой Городского микологического центра в Москве. Под его руководством выполнено 50 диссертационных работ, в том числе 9 докторских, посвященных различным вопросам отечественной микологии.

После А.М. Ариевича отделом микологии ЦКВИ более 30 лет руководил проф. В.М. Лещенко, основные научные исследования которого были посвящены эпидемиологии, иммунологии, диагностике и терапии дерматомикозов, кандидозу и глубоким микозам. Под его руководством выполнено 50 диссертационных работ.

Заслуживают внимания исследования Г.И. Суколина, В.М. Рукавишниковой, Н.Н. Потекаева и других ученых отечественной дерматомикологии.



Рис. 15. **Проф. А.М. Ариевич (1896–1988)**

Развитию отечественной дерматомикологии способствовали созывы всероссийских сьездов и конференций, на которых обсуждались вопросы борьбы с заразными кожными и венерическими заболеваниями. Труды специальных сьездов и конференций микологов в Москве, в Ленинграде, Харькове, Киеве и других городах России внесли ценный вклад в отечественную дерматомикологию. За эти годы выполнены кандидатские и докторские диссертации, опубликованы крупные научные работы в области клиники и терапии микозов, предложены полезные практические мероприятия.

В России создана и постоянно усовершенствуется специальная сеть ме-

дицинских учреждений, обеспечивающих выявление, диагностику и лечение больных дерматомикозами, противоэпидемическую обработку очагов в городах и сельских местностях.

Литература

1. Адамович А. Наблюдение о болезни паршей. Друг здравия, 1865, №49, с. 385; №50, с. 393; №51, с. 401.

2. Адамович А. Наблюдение над болезнью паршей (tinea capitis). Виленские губернские ведомости. 1865, №42, с. 164; №43, с. 167.

3. Афанасьев М.И. Успехи бактериологии заразных болезней за последние два года. Календарь для врачей всех ведомств, ч., СПб, 1888, с. 129.

4. Аравийский А.Н., Ариевич А.М., Кашкин П.Н. Пятьдесят лет советской медицинской микологии. Вестник дерматологии и венерологии. 1967, №9, с. 3–12.

5. Афанасьев М.И., Шульц Н.К. Об этиологии актиномикоза. Врач, 1889, №2, с. 147.

6. Берестев Н.М. Актиномикоз и его возбудители. М., 1897.

7. Вакшемский. О лечении застарелых грибковых заболеваний волосистой части головы. Протоколы заседаний империи Виленского мед. общества. Вильна, 1855.

8. Вейденбаум А.А. К вопросу о морфологии и биологии Oidium albican и Oidium lactis. Вильна, 1890.

9. Верюжский И.И. Исследования по морфологии и биологии паразитарных грибов trichophyton tonsurans и Achorion Schonlein. Военно-мед. журнал, 1887, №5, с. 47.

10. Вреден Р.Р. 6 случаев грибков в ухе (aspergillus glaucus Zk.). Военно-мед. журнал, 1867, ч. 99, №6, с. 121.

11. Гергардт К. Учебник детских болезней. М., 1881.

12. Гитман С.М. Библиографический указатель русской дерматологии и венерологии за 1900–1931 гг. М., 1935.

13. Гитман С.М. Библиографический указатель советской дерматологии и венерологии за 1932–1938 гг. М., 1951.

14. Гитман С.М. Библиографический указатель советской дерматологии и венерологии за 1939–1945 гг. М., 1958.

15. Гитман С.М. Библиографический указатель советской дерматологии и венерологии за 1946–1950 гг. М., 1958.

16. Гитман С.М. и Жуков Н.А. Библиографический указатель советской дерматологии и венерологии за 1951–1958 гг. М., 1964.

17. Горецкий Л.К. Отчетная записка на вопросы Парижской администрации общественного призрения, относящаяся к истории статистики паршей в России. Университетские известия. Киев, 1865, №8.

18. Горянинов П. Грибы, плесени и пылевики в медико-полицейском и других отношениях. СПб, 1848.

19. Захарьин Г.О. Trichophyton tonsurans и уславливаемые им страдания кожи. Московская мед. газета, 1858, №49, 50, 52.

20. Кашкин П.Н., Шеклаков Н.Д. Руководство по медицинской микологии. М., 1978.

21. Кашкин П.Н. Дерматомикозы. М., 1967.
22. Кнох Ю. Случай псороспермий на волосах человека. Военно-мед. журнал. 1866, т. 95, с. 34.
23. Котляр Е.И. Морфология Microsporon furfur. ВрачБ 1892, №42, с. 1055; №43, с. 1083.
24. Кузенев К. О лечении молочницы салдициловым натром. Мед. обозрение, 1880, т. 14, с. 581.
25. Лебецинский П.В. Материалы для вопроса об этиологическом значении зеленого кистевика (Penicillium glaucum) для организма животных. СПб, 1877.
26. Лукомский В.В. Основы микологии в связи микопаразитарной теорией развития заразных болезней. Вильна, 1881.
27. Максимович-Амбодик Н.М. Искусство повивания или наука о бабичьем деле. ч. 1–5. Адамович А. Наблюдение о болезни паршей. Друг здравия, 1865, №49, с. 385; №50, с. 393; №51, с. 401.
28. Манасеин В.А. Об отношении бактерий к зеленому кистевику (Penicillium glaucum) и о влиянии некоторых средств на развитие этого последнего. Военно-мед. журнал, 1871, т. 112, с. 29.
29. Мансуров Н.Д. Паразитарный лишай оучной кисти. Клинический сборник по дерматологии и сифилидологии. М., 1890, в. 4, с. 77.
30. Матчерский П.И. О страданиях кожи, обуславливаемых растительным паразитом Trichophyton tosurans (Trichophytiasis). М., 1861.
31. Михайлов И. Soor (Плесень). М., 1862.
32. Полотебнов А.Г. Растительные организмы как причина заразных болезней. СПб, 1871.
33. Попов Л.В. Исследование действия на животное тело пивных дрожжей. Архив клиники внутр. болезней Боткина, 1870–1971, т. 4, с. 312.
34. Попов Л.В. Случай Mycosis aspergillina bronchopneumonica и некоторые замечания относительно подобных поражений дыхательных путей вообще. Варшавские университетские известия. 1887, №4; №5, с. 33.
35. Прокопчук М.А., Прокопчук А.Я. К истории высшего медицинского образования и научных медицинских обществ в Литве и Белоруссии. Сборник научных работ Белорусского научно-исследовательского кожно-венерологического инс титута, Минск, 1959, т. 6, с. 358.
36. Сорокин П.В. Растительные паразиты человека и животных как причина заразных болезней. СПб, 1882–1886.
37. Стуковенков М.И. Демонстрация случая favus universalis. Протоколы заседаний общества Киевских врачей за 1884–1885 гг. Киев, 1886, с. 32.
38. Суколин Г.И., Яковлев А.Б. Абрам Михайлович Ариевич — выдающийся отечественный дерматомиколог. Российский журнал кожных и венерических болезней, 2005, №6, с. 79–81.
39. Сутугин В.В. Грибки в предмпточнике (Mycosis vaginae). Протоколы заседаний общества русских врачей в СПб, СПб, 1869, №3, с. 45.
40. Терентьев М. Материалы для статистики Туркменстанского края: Кураминский уезд. В кн.: Материалы для статисткики Туркменского края. Ежегодник, в. 2, СПб, 1873, с. 110.
41. Тихомиров В.В. Современная микология и ее отношение к научной медицине. М., 1874.
42. Тишуткин Н.Н. Исследования по морфологии и биологии грибков рода Achorion. Военно-мед. журнал, 1894, №9, с. 66.

43. Фандеев Л.И. История отечественной дерматомикологии. Ижевск, Дисс.-докт., 1962.

44. Хотовицкий С.Ф. О некоторых младенческих болезнях. Военно-мед. журнал, 1837, ч. 24, №3, с. 419.

45. Ционглинский А. К учению о плесневых микозах. Варшава, 1889.

46. Шадек К. Краткий анализ 369 случаев заболевания кожи, наблюдавшихся в 1885 г. Военно-мед. журнал, 1887, №12, с. 204.

47. Шредер Ф.Ю. Лучистый грибок в нижнем слезном канальце. Врач, 1894, с. 291.

48. Frank J. Historija prawdziwego tradu razem z koltunem w jednej I tejze samej osobie. Pametnik towar. lekarsk. Wilensk., t. 1, Wilna, 1818.

49. Frank J. Wiadomosti o chorobach ktore panowaly w Wilnie I w ego okolikach 1807–1817. Pametnic towar. lekarsk. Wilensk., t. 1, Wilna, 1818. 5, СПб, 1784–1786.

Глава 9
ИСТОРИЯ КОСМЕТОЛОГИИ

9.1. ПУТИ РАЗВИТИЯ КОСМЕТИКИ С ДРЕВНИХ ВРЕМЕН

Косметика была известна еще в глубокой древности и совершенствовалась с культурным развитием человечества (греческое слово «cosmetike» означает искусство украшать).

Косметика женщин родилась в метафизической пучине веков. Зачатки элементарной гигиены существовали у первобытных людей, которые уже тогда использовали целебные свойства воды и солнечного света.

Некоторые ученые разделяют развитие косметологии на пять периодов: религиозный, медицинский, периоды распада, возрождения и ее развития в XX столетии.

В древнейшем памятнике медицины, папирусе Эберса («Книга приготовления лекарств для всех частей тела»), написанном за 1550 лет до нашей эры и обнаруженном в одной из финских гробниц в 1872 г., приведено около 800 рецептов и методических рекомендаций, в которых имеются и косметические советы, рецепты мазей, паст, ароматических масел. Многие из этих рецептов сохранились до нашего времени. В папирусе имеются также указания на то, что древнеегипетские жрецы лечили людей ваннами различной температуры. Косметика в Египте была очень развита. Из косметических заболеваний в папирусе упоминаются загар, веснушки, угри, различные высыпания на коже и т.д. (М.П. Мультановский, 1961).

В папирусе Херста много внимания уделяется гигиеническим предписаниям, растираниям тела мазями и благовониями, рекомендуется частая смена белья, устанавливался определенный час для половых сношений и т.д.

В историческом памятнике древней Индии «Аюр-Веды» (Знание жизни, IX–III вв. до н.э.), под редакцией врача Сушруты описываются не только внешняя форма тела, но и пластические операции на лице, отмечается живительное действие воды.

В книге древнеиндийских законов Ману сказано о воде как об источнике здоровья. Ману подчеркивал, что «тело очищается водой, душа — рождением, дух — теологией и благочестием, а разум — знанием». Для профилактики кожных болезней Сушрута приводит целый ряд

гигиенических предписаний: диета, ежедневное мытье тела, смазывание маслом головы и подошв. Одежда должна быть чистой, ибо грязная одежда служит источником возникновения кожных болезней. Ногти, борода и волосы должны подстригаться и содержаться в чистоте.

Сушрута писал также: «Хирургия занимает самое первое, самое высокое место в лечебном искусстве, она содержит в себе чистоту и никогда не умрет. Она — продукт небес и источник славы на Земле». Именно с тех времен вошел в арсенал пластической хирургии знаменитый «индийский способ» реконструкции носа из кожи лба на питающей ножке. Сушрута описал 121 хирургический инструмент, методы их стерилизации».

В папирусе Смита описано более 48 пластических хирургических операций на коже головы и туловище.

Красоте и опрятности индусы придавали высокое значение. Для этого рекомендовалось вставать до восхода солнца, чистка зубов щетками и порошками, растирания тела, опрятная одежда, стрижка волос на голове и бороде, подрезание ногтей, гимнастические упражнения, здоровая пища. Не рекомендовалось спать после обеда (С.Г. Ковнер, 1878).

До сих пор сохранилось изречение древних индийских мудрецов: «Десять преимуществ имеет омовение: ясность ума, свежесть, бодрость, здоровье, сила, красота, молодость, чистота, приятный цвет кожи. И внимание красивых женщин».

Обнаружение в египетских пирамидах косметических средств свидетельствует о том, что женщины проявляли заботу о красоте своего лица и тела еще в X веке до нашей эры. Идеалом женщины Древнего Египта была богиня Исида — женщина с крыльями коршуна, как воплощение тревожного материнства, образ которой тысячелетия культивировался в Древнем Египте. На короткий период ее сменила реальная, нежная и трепетная Нефертити, жена фараона Эхнатона. Археологи и историки донесли до нас неотразимую красоту скульптуры царицы Нефертити, у которой, как указывает французский историк Масперо, «глаза полны жизни» (Н.Т. Белякова, 1978).

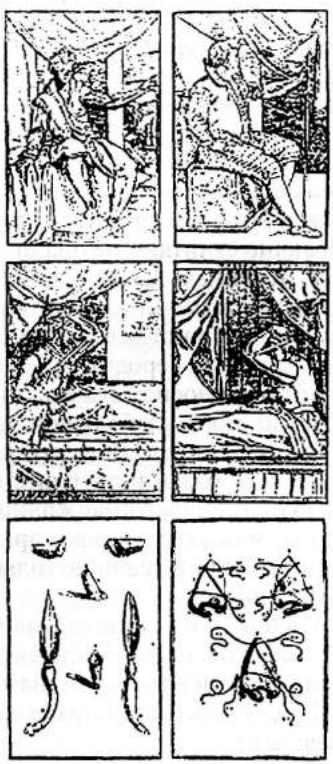


Рис.16. **Индийский способ пластики носа**

По общему признанию, египтяне были изобретательны в медицине, поэтому их считали самым здоровым и долговечным народом. Важное значение в практической деятельности врачей и в лечебной медицине придавалось косметике, родиной которой считается Египет: «Врач должен был быть искусным в косметике и должен был уметь изменять цвет волос, цвет лица, делать его красивым и т.п.» (С.М. Багдасарьян, 1959).

Среди остатков материальной культуры древних египтян (3000–300 гг. до н.э.) до времени династии Птолемеев (340–40 гг. до н.э.) обнаружены инструменты, применявшиеся при выполнении косметических операций, что еще раз подтверждает, что в те далекие времена косметике уделялось соответствующее место и внимание.

На хорошее состояние здоровья древних египтян многократно указывается античными писателями. Оно основывалось на целом ряде гигиенических мер, которые египтяне соблюдали тщательнейшим образом. Образцовая чистота и гигиена одежды играли при этом важную роль. И сегодня египтяне отличаются в своем большинстве высокой, стройной фигурой, не слишком выдающимися бедрами, изящными нежными руками и стопами.

Считая, что все болезни являются следствием неумеренного потребления пищи, египтяне были умеренны и воздержаны в пище и питье. С целью предупреждения болезней они прибегали к очистительным клизмам и рвотным средствам. Запрещалось употребление бобов, лука, рыбы. Древние египтяне не знали алкогольных напитков или их дистиллятов.

С течением веков одежда египтян менялась мало. Примером этому является знаменитая палитра Нармера из истории раннего Египта. Одежда женщин иногда была прозрачной или просвечивающейся. Как отмечает историк Геродот из Галикарнасса (ок. 484–425 гг. до н.э.), каждый египтянин носил свежевыстиранное полотняное платье, что составляло для них предмет большой заботы. Регламентированы были также сон, обмывания и т.д. Дети должны были ходить босиком. Каждый египтянин был обязан истреблять насекомых в домах и белье. Египтяне производили окуривание жилищ и одежды смесью благовонных трав, корицы, можжевельника и др. Геродот указывал также, что парную баню египтяне принимали не только в гигиенических целях, но и чтобы сбросить лишний вес.

Священнослужители были обязаны сбривать волосы каждые три дня, что должно было обеспечить «чистоту тела». Бритье рекомендовалось практически всем мужчинам. Пожилые люди древнего Египта по траурным случаям отращивали волосы и бороды, которые ранее сбривали (Геродот).

В медицинских папирусах, как и в других источниках, содержатся различные косметические рецепты. Все, что благоухает, идет на благо, — считали египтяне. Особенно в почете был цветок лотоса. Поэтому

во многих гробницах имеется запах аромата королевы цветов. Это олицетворяет своего рода логическое возрождение, так как цветок лотоса был первым при создании мира и являл символ восходящего солнца.

Искусство косметики развилось в древнем Египте настолько, что простые инструменты повседневного туалета превратились в шедевры искусства. Косметика лица служила не только украшением, но и пополняла магические, культовые или ритуальные функции. Имеются убедительные доказательства того, что древнеегипетские дамы появлялись в обществе только накрашенные. Об этом можно судить и по многочисленным фрескам.

Как и сегодня почти во всех цивилизованных странах, еще в древнем Египте красоте глаз придавалось особое значение как символу «древнего сюжета». Краска для бровей, ресниц, век наряду с румянами для щек и губной помадой являлись непременной принадлежностью всех косметических шкатулок, которые находили во многих гробницах.

Главными цветами для косметики глаз были зеленый (пудра из медной руды малахита), черный, коричневый и другие. Рудольф Вирхов установил, что черный грим для глаз состоял из свинца или марганца. Порошки эти изготавливались вручную, в период Средневековья для этой цели применялись еще примитивные инструменты, изготовленные из дерева или слоновой кости.

Зеленые тени для век были особенно в моде, однако серые цвета теней применялись значительно дольше. Цветные порошки готовились на каменной плите, чаще всего из сланца или известняка. В качестве туши для ресниц и бровей, как и для увеличения разреза глаз при помощи угла, образованного штрихами грима, применялся черный порошок из сурьмы, иногда из него готовилась мазь. Загримированные таким образом глаза становились как бы «глазами небесного бога».

Большое внимание египтяне уделяли уходу за волосами. У них широко были распространены средства для мытья головы, мази для украшения волос, завивка волос, дамские шпильки. Для окраски волос применялась хна, которая смешивалась с известковым молоком и ароматическими веществами. Она до сих пор применяется на Востоке. Рецепт этой краски будто бы принадлежал Клеопатре.

Женщины красили также ногти на руках и ногах, кожу ладоней и подошв и других участков кожного покрова. Ногти на руках, а возможно и на ногах, заострялись так же, как это делается и при современном маникюре, а иногда даже золотились. Найденные на многих мумиях золотые пластинки, какими покрывали ногти рук и ног, например, на мумии Тутанхамона, вероятно, имели практическую цель — предотвратить отслойку ногтей во время мумифицирования, так как покойник должен прибыть в другую жизнь как можно более сохранным.

Средства для устранения морщин лица состояли из каучука дерева теребинтины, воска, свежего масла, сыти (травы рода осоки). Все состав-

ные части измельчали и смешивали. Маски из этой смеси применялись ежедневно. Имелись также средства для удаления волос, устранения преждевременного поседения и облысения, против дряблости молочных желез и дурного запаха тела (D. Branderburg, 1984). Для устранения запаха изо рта рекомендовалось жевать смолу мастикса (Т.М. Юринов, 1946).

В гробницах фараонов были обнаружены богато украшенные сосуды с мазями и маслами, бронзовые зеркала. Особое место египтяне уделяли натиранию кожи различными пахучими маслами, а специальные рабыни («cosmetae») ухаживали за ногтями рук и ног. Для натирания египтяне часто применяли растительные масла с цветами ромашки, которая является одним из древнейших лекарств (А.Ф. Ахабадзе, 1968).

Косметические средства и мази применялись в повседневной жизни и были для египтян такими же важными, как пища и вода. Даже рабочие всегда хранили около своего жилища сосуды с ароматическими маслами и мазями. Однажды при правлении Рамзеса III (1193–1162 до н.э.) отсутствие ароматических мазей и масел, которые выдавались рабочим как награда, а депутатам как средство к существованию, люди потребовали недостающие косметические средства.

Древние египтяне очень славились своими рецептами приготовления ароматических веществ, многие из которых были найдены в специальных резервуарах в склепах без каких-либо указаний на их состав или способ приготовления. В некоторые из этих мазей за основу брали кокосовое масло, животный или растительный жир с добавлением ароматических веществ. Очень часто женщины Древнего Египта использовали мазь для придания коже мягкости, шелковистости и предохранения от морщин кожи лица. Использовалась также мазь для волос головы, придающая им аромат. Египтяне изготавливали также несколько видов духов, множество рецептов которых сохранились до настоящего времени (S. Gammal, 1986).

В многочисленных указаниях Библии, в основных культовых, медицинских и косметических целях рекомендовано применение мирра, фимиама, библейского алоэ, корицы, нарда, кассия (дикая корица, душистая кассия), бальзама и масла. Применялось также масло из Ливана, из красящих веществ шафран (D. Branderburg, 1985).

Фимиам готовился из фимиамных деревьев (Босвеллия Гартериэ, Босвеллия Бан Дайана, Босвеллия Фреарана), их обычной смолы, которая до настоящего времени производится в Северной Африке и юго-восточной Аравии.

Геродот указывал, что фимиам применяется не только для культовых целей, но и для чисто житейских потребностей как средство дезинсекции помещений и лекарство для наружного и внутреннего применения.

Мирру египтяне использовали как для культовых, так и косметических целей. Египетская царица Хайшепеут (около 1504–1450 гг. до н.э.)

на девятом году своего правления послала пять больших гребных морских судов к берегам Сомали, где произрастало это дерево. Судя по надписи на ее храме в Фивах Дар-аль-Бахри, корабли привезли в Египет саженцы мирры, которыми затем были украшены даже террасы храма.

Корица впервые упоминается в старинных китайских книгах. Китайская корица, которую древние египтяне и римляне получали через перекупщиков, считалась «царским подарком».

Нард (и особенно нардовое масло) дает наиболее тонкий аромат древнего мира. Все благовонные масла в основном были результатом переработки ароматических веществ, для чего существовал традиционный «канон», по которому соблюдалось количество составных частей того или иного благовония. В отличие от священных благовоний, которые причислялись к косметике, лекарственные масла являлись только медикаментами.

Египетский врач кроме терапевтических знаний обладал сведениями о благотворных и лечебных свойствах трав, а также знал травы и лечебные препараты других народов, относился к ним с великим уважением. Работы египетских врачей интересны для нас сегодня тем, что и сейчас мы с нетерпением ожидаем исполнения желания людей к молодости и красоте.

Таким образом, косметические средства древнего Египта производились не только из эстетических, но и гигиенических соображений, которые тесно между собой взаимосвязаны, причем религиозные факторы играли большую роль. Необходимо отметить также, что лечению болезней кожи и косметических недостатков в египетской медицине уделялось гораздо больше внимания, чем клинике этих заболеваний (K.S. Kelta, 1987).

Искусство приготовления косметических препаратов в Египте приняли греки. Собраны богатые археологические материалы, позволяющие сделать соответствующие выводы относительно уровня гигиены и косметики у древних греков. Еще Гомер описывает в «Илиаде» туалеты своих героев. В древних Афинах было огромное количество косметических и ароматических средств, привезенных с Ближнего Востока, откуда греки и римляне продолжительное время черпали знания и культуру. Уже тогда существовали салоны красоты. В Греции в IV–I вв. до н.э. отмечается расцвет декоративной косметики. Ведущими в древнегреческой косметике были блестящее железо или красный железняк, а также другие красящие вещества красного цвета.

В «Одиссее» Гомера также упоминаются различные косметические средства. В сочинениях Горация (65–8 гг. до н.э.) и Овидия (43–16 гг. до н.э.) имеются сведения об ароматических средствах и духах, применявшихся при утреннем туалете и после бани. Без сомнения, древнегреческая парфюмерия для мужчин и женщин была очень богата и разнообразна. Обычным явлением было применение розового масла и других

ароматических средств. Основными субстанциями, на которых изготавливались кремы и помады, согласно Овидию, были мед и ланолин. Мед с острова Родос был хорошо известен как средство для приготовления помад. Разнообразное гримирование, применение различных румян, украшений достигло совершенства. Купания в бассейне с горячей и холодной водой, использование соляриума, массажа и гимнастики были обязательны.

Французский ученый Еан Франционис Эмполион (1790–1832) открыл человечеству прямой доступ к древнегреческому оригиналу текста «Вещество Розетты», который он расшифровал в 1832 г. и открыл методы приготовления различных косметических средств. В настоящее время этот текст находится в Британском музее.

Так же, как и древние египтяне, греки понимали значение благовоний как защиту от солнца в пустынных и степных местностях, где господствуют сильные ветры, где на кожу попадают частички песка, ароматические масла создают защиту от появления трещин и сухости кожи, предотвращают таким образом развитие заболеваний кожи (D. Branderburg, 1985).

Молодость и здоровье в Древней Греции рассматривалось как высшие ценности, о чем свидетельствуют многочисленные скульптуры. Имеются достоверные указания, что женщины в Древней Греции занимались бегом, метанием диска, копья, прыжками, игрой в мяч. В исторических документах Древнего Рима таких указаний нет (G. Fraccareli, 1979).

Древнегреческий врач Критон (I в. н.э.) написал обширный труд по косметике, который цитируется такими врачами древности, как Гален, Орибазий, Руф и другие, который хоть и преследовал рекламные цели, но содержал и ценные советы. Например, в заглавии первой книги перечисляются средства для сохранения и укрепления роста волос, для их окраски в разные цвета, средства для чистки зубов и устранения дурного запаха изо рта, средства для протирания подмышечных впадин и т.д. Вторая книга предлагает средства против черных пятен на шее, мази против повышенной потливости, мази для сохранения упругости женских грудей, а также против морщин и трещин, средства против пигментных пятен на коже, возникающих во время беременности. Затем перечисляются лекарственные вещества, рекомендуемые при преждевременном возмужании детей, а также для сохранения девственности у девушек и против холодности у женщин. Рецепты благовоний для одежды и помещений, приготовления различных мазей, масел, протирок и т.д.

Господствующие классы не жалели никаких средств на приобретение драгоценных благовоний и духов. Парфюмерия наряду с вином и рабами составляла главный предмет торговли, на котором наживали свои огромные капиталы торговцы и ростовщики.

В настоящее время имеются указания на то, что элементы косметики существовали и у древних индейских народов майя и ацтеков, кото-

рые во время религиозных праздников применяли различные украшения из драгоценных камней, ярких красок и татуировок. Совершенствуя свою косметику, ацтеки украшали себя кольцами, серьгами и булавками, красили и накручивали волосы и т.д. Косметика древних времен ацтеков сохранилась до наших дней в виде искусно разукрашенных гранитных памятников и статуэток, представляющих собой своеобразный «каменный атлас» косметики и заболеваний кожи древних народов Южной Америки.

Ацтеки ежедневно купались, принимали ванны, парилки. В качестве мыла использовали корень мыльной травы или плоды мыльного дерева и другие растения. Особое внимание уделялось гигиене зубов и полости рта, для чего применялись палочки для чистки зубов от остатков пищи и специальный отвар из трав для полоскания полости рта. Личная гигиена ацтеков была одной из главных забот в их жизни. Что касается одежды, то бедняки носили скудную одежду из волокон агавы и низкосортного хлопка, богатые — одежду из тонких тканей, шерсти, украшенных вышивкой. При всеобщем стремлении ацтеков к опрятности, бедняки днем одежду не меняли, но правитель ацтеков Монтесума II в день делал четыре переодевания, при этом одна и та же одежда дважды не одевалась (Н.М. Прыгова, 1981).

У древних народов Эллады и Рима гигиена и косметика являлась потребностью. Стройное тело и красивое лицо в древней Греции возводилось в культ, а уходу за ним уделялось большое внимание. Гимнастикой занимались в специальных помещениях, вне храма, в обнаженном виде. Основатель отечественной науки о физическом воспитании П.Ф. Лесгафт отмечал, что идеалом каждого гражданина Древней Эллады было здоровое, сильное, красивое тело.

На многочисленных греческих вазах сохранились художественные изображения ухода за телом, обливаний, массажа и т.д. Древнегреческие скульпторы в многочисленных статуях отразили культ здоровья и красоты тела в древней Греции. По свидетельству великого древнегреческого мыслителя Аристотеля (384–322 гг. до н.э.), баню греки позаимствовали у народов древнего Востока после завоеваний Александра Македонского. Известный древнегреческий писатель Павзаний писал о Гере, которая купалась в озере с горячей водой, чтобы сохранить молодость и красоту.

Во многих письменных памятниках говорится о самых различных косметических средствах, например, в «Одиссее» Гомера и др. Платон утверждал, что красивое лицо — самое интересное зрелище во вселенной. Отец медицины Гиппократ (460–377 гг. до н.э.) считал, чтобы иметь хорошее состояние здоровья и красоту, необходимо соблюдать диету, выполнять физические упражнения, принимать специальные ванны, использовать солнечный свет.

Даже в советах врачу о способах производить приятное впечатление на больного Гиппократ поучает: «Ему прилично держать себя чисто, иметь

хорошую одежду и натираться благоухающими мазями, ибо все это обыкновенно приятно для больных» («О враче», I). Гиппократ описал целый ряд заболеваний, которые он сам рассматривает не столько болезнью, сколько косметическим недостатком. Сюда относятся угри, веснушки, различные бородавчатые образования. Он указал также, что греки широко применяли смазывание кожи маслами и жирами, и этот обычай был распространен настолько, что они стали употреблять для различных частей тела специальные мази. Так, «египетская» мазь применялась исключительно для ног, финикийская — для подбородка и груди и т.д. Обязательным считалось смазывание тела жиром после гимнастических упражнений. С косметическими целями для лица применялись белые и красные пасты и притирки (в белую входил углекислый свинец, в красную — киноварь). Как лучшее средство для здоровой и больной кожи Гиппократ часто упоминает миндальное масло, которое и в настоящее время широко применяется в дерматологии и особенно в косметической практике в качестве приятной и не раздражающей основы для мазей и кремов. В сочинениях Гиппократа имеются указания на обязательный режим, касающийся питания, питья, упражнений и купания. Содержание образа диеты имеется в трех сочинениях Гиппократа: «О диете», «Диета в острых болезнях» и «О древней медицине» (В.М. Гриневич, 1949).

Ученик Гиппократа Диокл написал руководство по косметике в четырех томах, в котором даны рекомендации по уходу за кожей лица и волосами, их окраске и т.д. В этом руководстве было предложено много различных косметических препаратов (F. Wall, 1957).

По древнегреческой мифологии, бог врачебного искусства Асклепий (Эскулап — *по латыни*), сын Аполлона — бога солнца, света и покровителя искусств, уделял большое внимание диете, физическим упражнениям, массажу, ходьбе. Всем больным он рекомендовал тщательный уход за кожей, купания в целебных источниках. Дочери Аскалепия, Гигиея (откуда произошло слово «гигиена») и Панакея (откуда слово «панацея»), считаются богинями здоровья. У древних греков существовал культ богини чистоты Гигиеи.

В одном из мифов рассказывается, что Асклепий был приглашен во дворец легендарного царя Крита Миноса (сына Зевса и Европы), чтобы воскресить его умершего наследника. По дороге он увидел на своем посохе змею и убил ее. Вдруг появилась другая змея с целебной травой во рту и воскресила убитую. Асклепий понял, что этой травой он сможет оживить умершего царевича. В дальнейшем он исцелял этой травой все людские болезни.

В другом мифе, основанном на подмеченных народом особенностях змей, живущих очень долго и ежегодно обновляющих свой кожный покров, говорится, что Зевс подарил людям чудесное средство вечной молодости. Но люди вместо того, чтобы самим нести этот бесценный дар, навьючили его на осла. Разгневанный Зевс отдал эту ношу змеям,

которые с тех пор и наслаждаются молодостью, а люди несут тяжелое бремя старости. Посох Асклепия изображается в виде суковатой палки, вокруг которой всегда обвивалась змея, стал эмблемой здоровья и медицины (Ф.Р. Бородулин, 1961).

Большой популярностью пользуется и ныне древнегреческая богиня любви и красоты Афродита. Называли ее различными именами. Ее знаменитая статуя — Венера Милосская — найдена в 1820 г. на острове Милось и находится в Лувре (Париж), относится ко второму столетию до нашей эры и принадлежит новоаттической школе.

Имя Афродиты связано с морским происхождением богини. Ведь она считалась дочерью Зевса и океаниды Дионы.

Согласно мифу, Гермафродит был сыном Афродиты и Гермеса и стал двуполым после слияния в одно существо с безнадежно полюбившей его нимфой.

По одному из мифов, Афродита от Диониса имела сына Гименея. Он был богом новобрачных и его именем названа девственная плева. Но у Афродиты был и сын Приап, ставший богом сладострастия и изображался в античности с большим поднятым фаллосом.

В Древней Греции почитали роль матери — продолжательницы рода, но разрешена была и проституция. Гомосексуализм и другие половые извращения не преследовались (L. Bussi, 1977).

Идеалом мужской красоты считался бог Аполлон. Его именем названа красивая дневная бабочка, живущая в горах Европы, с черными пятнами на передних крыльях, а задние — с красными в черных кольцах. Сын Аполлона Асклепий наделен был искусством врачевания (А.Д. Лосев, 1957).

Афродита, как многие боги Древней Греции, перекочевала в культуру и мифологию Древнего Рима, где получила новое имя. Афродита стала Венерой, имя Асклепия латинизировано в Эскулапа, Артемида греческого Олимпа — Диана у римлян. «Спящая Венера» Джорджоне, оригинал которой находится в Дрезденской галерее, представляет всю роскошь женского тела в наивысшей чистоте. Не случайно Гегель отмечает, что: «Красота же состоит в видимом проявлении единичного, телесного обмена в его покое и движении и не зависит ни от его целесообразности для удовлетворения потребностей, ни от изолированной случайности самопроизвольного движения».



Рис. 17. **Богиня Гигиея**

Имя Афродиты или Венеры упоминается в ряде медицинских терминов, оно же является символом пластической хирургии.

Наибольшего расцвета косметика в древности получила в Риме. Древнегреческий поэт Овидий Публий Назол (432–317 гг. до н.э.) — автор знаменитых «Метаморфоз», мечтая об омоложении, писал о купании в волшебном котле с водой. В своей «Науке любви» Овидий, говоря о средствах для красоты, упоминает и об искусстве ухода за кожей.

В Риме косметика была тесно связана с общей гигиеной тела. До сих пор привлекает внимание специалистов грандиозность построек римских бань. Роскошные римские бани были подобны клубам, в которых аристократы принимали паровые ванны, массаж, умащали кожу эфирными маслами. Император Диоклетиан построил бани-термы на 3 500 человек. При этих термах было три тысячи купален и три плавательных бассейна с проточной водой. Термы были отделаны драгоценным мрамором и знаменитым египетским гранитом. Полы выложены богатой мозаикой, рукомойники были из серебра и золота. Мраморных кресел для отдыха после бани было две с половиной тысячи. Поэтому не случайно римские бани-термы отмечены знаком Эскулапа. В сооружении терм Диоклетиана принимало участие 40 000 строителей, а работы продолжались пять лет (С.С. Груздев, 1890).

Мыло тогда было предметом роскоши и ценилось наравне с дорогостоящими лекарствами и косметическими средствами. Готовили мыло из козьего сала и буковой золы. Во время археологических раскопок Помпеи были обнаружены помещения бань и мыловарен, найдены даже сосуды с жидким мылом.

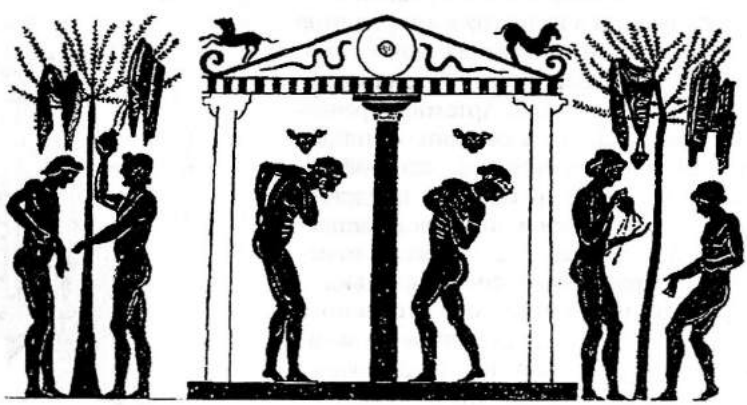


Рис. 18. **Уход за телом. Орнамент античной вазы**

Среди наиболее известных тогда бань можно назвать «термин Нептуна», «термин при Форуме», «термин Бутисозуса», «термин семи путей» и «термин дель Форо» (от *греч.* «форос» — освещающий), — так они названы по мозаичному изображению в Фригидариуме. Украшение этих бань очень роскошное: мраморная отделка, украшенные мозаикой полы и стены, фрески, статуи.

Необходимо отметить, что подобные бани строились не только в Италии, но и в других странах. В частности, такие бани были в Эфиопии, Турции, где не только мылись, но и проводились лечебные процедуры. Часть их реставрирована и превращена в музеи (D. Brandenburg, 1986).

Давать терапевтические рекомендации для приема водных процедур в эпоху древнего Рима и Греции, а также мусульман, было доверено врачам. Для них получить такую миссию считалось высшей честью. Антоний Муза успешно вылечил холодной водой тяжелую болезнь печени у императора Августа, излечил поэта Горация от невроза с помощью холодного душа. Цельс также рекомендовал применение холодных ванн. Гален рекомендовал втирание масел после бани, чтобы закрыть поры. Греки любили смазывать себя оливковым маслом.

На основании археологических находок установлено, что не только женщины пользовались скребницами, ароматическими маслами в искусно оформленных флаконах, пинцетами для эпиляции, что было тогда в большой моде. Для удаления мыла пользовались содой или бобовой мукой с добавлением вина.

Богатые люди брали с собой рабов, а иногда и собственного врача. Врачи давали рекомендации при приеме водных процедур. Дело доходило до того, что купались часами, не слушая врачебных советов, даже служебные дела решались в банях. Иногда прием таких бань заканчивался смертью. Известно, что древние римляне жили недолго, в сред-



Рис. 19. **За туалетом. С рисунка на древнегреческой вазе**

нем до 30 лет. Сорокалетний римлянин считался уже стариком и высоко ценил свой жизненный опыт.

Кроме частных и общественных бань в древнем Риме имелись специальные сооружения для богачей и предпринимателей, которые соответствуют сегодняшним клубам, где не только купались днем и ночью, но и ели, пили вино. Обслуживали посетителей рабы и рабыни (D. Branderburg, 1986).

Особое развитие косметика в Риме получила в середине I века до н.э. Римляне использовали такие косметические средства, как пудру, румяна, кремы и другие. Ланолин являлся основой многих кремов.

Разгульная жизнь римской аристократии приводила к раннему увяданию кожи лица и появлению морщин. Для маскировки этих недостатков аристократы широко применяли косметику, особенно грим. Врач Павел Эгинский (614–690 гг.) в своем труде «Книга воспоминаний» излагает почти все, что писали древние писатели о диететике и гигиене всех возрастов, начиная с грудного ребенка и кончая старческим возрастом. Знаменитый древнеримский врач Гален (120–200) считается автором первого учебника по косметике. Многие его рецепты применяются и поныне под названием «галеновых препаратов». Большое внимание Гален уделял различным моющим средствам и косметическим снадобьям. Его «кольд крем» (эфирное масло, воск, розовая вода) и сейчас находится в арсенале косметических кабинетов всего мира. Он считал, что в косметике должны шире использоваться и естественные факторы.

Широкое распространение в этот период времени получили очищающие препараты для ухода за кожей, смягчающие маски из масел животного и растительного происхождения, отбеливающие мази, кремы для бровей и ресниц, различные дезодораторы. Известны были средства для укрепления волос, ароматические таблетки для полоскания рта, духи и другие ароматические средства. Распространено было обмывание молоком. Александрийская царица Клеопатра и известная римская красавица, вторая жена императора Нерона Поппея Сабина принимала молочные ванны, для чего специально держали 500 ослиц. Поппея была под стать Нерону: не только красивой, но и развратной, жестокой и лицемерной. Через три года в порыве гнева Нерон случайно убил ее (Е.В. Федорова, 1990). Тем не менее, Поппея была первой в истории женщиной–автором косметических препаратов, рецепты которых сохранились до сих пор. Косметические средства для богатых дам изготовливали дома (Ф.Р. Бородулин, 1961).

Для обтирания рук нередко вместо полотенец пользовались волосами мальчиков. Уход за волосами составлял целую главу косметики. Здесь и окраска в разные цвета, и эпиляция, которая осуществлялась парикмахерами и считалась обязательной не только для женщин, но и для мужчин, особенно для тех частей тела, которые оставались незакрыты-

ми туникой, т.е. для левой руки с подмышечной впадиной, для затылка, груди и голеней.

В трудах Александра Тралесского (525–605 гг.) много внимания уделено заболеваниям волос. При выпадении волос он рекомендовал наружные средства, в состав которых входят наряду с золой лягушек, козьих копыт, мышиным пометом, ладаном и вполне целесообразные с современной точки зрения средства: деготь, сера, жиры и масла. Не лишены оснований настойчивые советы Александра втирать в кожу головы при выпадении волос редьку и лук. Для обмываний и примочек он применял уксус, вино, соленую воду с различными растительными отварами. В состав мазей входили жирная глина, различные масла, ладан, квасцы, свинцовые белила, медный купорос и другие вещества растительного и животного происхождения.

Древнеримский врач Авл Корнелий Цельс в 30 г. н.э. написал энциклопедию под названием «Виды» о сельском хозяйстве, военном деле, риторике, философии, законодательстве и медицине. Из всех этих произведений сохранился лишь труд о медицине «De re Medicine», который был обнаружен римским папой Николасом (1397–1455) и в 1478 г. опубликован во Флоренции на латинском языке. В 1938 г. этот труд Цельса переведен В.Г. Спенсером на английский язык. На русский язык в 1907 г. была переведена 7-я книга Цельса, посвященная хирургии. Ей посвящена докторская диссертация русского врача А. Бернарда.

Первый полный перевод сочинения Цельса на русский язык был осуществлен в 1959 г. коллективом кафедры латинского языка 2-го Московского медицинского института им. Н.И. Пирогова. Он впервые заменил греческую терминологию, предложенную Гиппократом, на латинскую. Многие из этих терминов сохранились в медицине до настоящего времени, например «alepecia areata» — гнездное выпадение волос, «ophiasis Celse» — лентовидное облысение и др. Он сделал и описание клинической картины некоторых видов облысения. Так, «ophiasis» начинается с затылка, пораженное место по величине не больше ширины двух пальцев, незаметно поражение распространяется двумя концами до ушей, в некоторых случаях даже до лба, до тех пор, пока два конца не соединятся в передней части головы, отмечая при этом, что заболевание это наблюдается чаще у детей. Для лечения облысения Цельс наряду с многочисленными средствами, например, смолой терпентинового дерева с тапсией, предложил ежедневно брить очаги облысения. Он указал на излюбленную локализацию угрей и веснушек на лице, предложил многие косметические средства. Им отмечена трудность в лечении угрей. Мозоли Цельс рекомендовал периодически соскабливать.

Большое значение в предупреждении и лечении различных болезней кожи и уходе за телом Цельс придавал диете, физическим упражнениям, массажу, водным процедурам, бане.

Вклад Цельса в пластическую хирургию состоит в описании принципов этих операций. Он описал оперативное лечение птоза, восстановление поврежденных ушей, носа, губ, пластические операции при «заячьей губе» и других уродствах. В настоящее время они называются «цельсовыми операциями» (D.J. Hauben, 1984).

Труд Цельса имеет и гериатрическую направленность. В нем содержатся высказывания о старости, ее особенностях, даются советы по лечению заболеваний пожилого и старческого возраста.

С упадком римского государства (IV в. н.э.) была забыта и косметика. Средневековая христианская религия, отвергнув физическую красоту древнегреческих богинь, создала свой идеал женщин духовной скорбной красоты, причисленных к лику святых, одела их в глухое мешкообразное платье для сокрытия «грешной плоти». Эпоха феодализма была царством тьмы и социального бесправия женщины во всех сферах жизни. Помышляя о спасении души, люди с призрением относились к своему телу. В исторических летописях имеются упоминания о секте под названием «пасущиеся». Члены этой секты, распространенной в Месопотамии, не имели постоянных жилищ, не ели хлеба и овощей, а чистоту тела считали загрязнением души. Особым почетом пользовались те, кто ходил в грязных рубашках и никогда не мылся. Святой Антоний, которого нарекли отцом монашества, гордился тем, что никогда не мыл ноги.

Американский ученый востоковед Генри Харт в книге о знаменитом венецианском путешественнике Марко Поло (1254–1323) указывает, что о чистоплотности венецианцы заботились мало, внешний вид для них был гораздо важнее. Подобно жителям Европы, жители Венеции ходили в дорогих шелках, мехах, щеголяя драгоценностями, но не мылись, нижняя одежда была очень грязна или ее не было совсем.

Забота о женской красоте считалась пороком, а о красивых женщинах говорили, что они находятся во власти дьявола. Только в эпоху Возрождения женщины начали открыто обращать внимание на свою внешность. Строго была регламентирована форма костюма, причем между сословиями проводилась резкая грань.

До XI века одеждою, особенно знатных людей, в Западной Европе была короткая туника, плащ, прикреплявшийся на правом плече, штаны и полубашмаки. С XI века появилась длинная туника, часто вышитая и отделанная золотом. Идеалом красоты был высокий лоб. По субботам было принято посещение городских бань, которые становились даже местом общения жителей города.

В средневековой Германии, например, на смену термам, применявшимся римлянами, пришли различные по устройству, в том числе и малого размера, бани индивидуального и общего пользования. Особым стимулом для развития бань было распространение в тот период заболеваний кожи. Бани строились не только в городах, но и в сельской местности. Были мужские, женские бани, а также совместного пользования. Однако венерические

болезни, прежде всего сифилис, а также возросшее сопротивление со стороны церкви, привели к упадку средневековых бань (H. Menck, 1977).

После крестовых походов в XI веке восстановились контакты с Востоком, где косметика находилась на высоком уровне, вновь возникает потребность заботиться о чистоте тела, массаже тела, париков и масок, об использовании косметических средств.

В древней Персии изготавливали различные косметические средства. Уже тогда было известно значение молока для ухода за кожей тела. Девушка, которая должна была стать супругой персидского шаха, в течение года до принятия ее в гарем подвергалась специальным косметическим процедурам. Ассириянки и вавилонянки чернили брови и ресницы, румянились и белились, носили парики. Изготовлением косметических средств в древности занимались жрецы.

Народы Ближнего Востока довели искусство парфюмерии до совершенства. Они использовали миртовое масло, смешивали его с духами, которыми ароматизировали не только тело, но и одежду, жилище. От времен XVI века до нашей эры сохранились косметические рецепты, в состав которых входили различные ароматические вещества. Как указывает Плиний, сложные ароматические мази были изготовлены только после Троянской войны.

Женщины Востока окрашивали веки в зеленый цвет, а их края в черный. Краски изменялись в зависимости от сезона. Свои губы они подкрашивали с помощью так называемой хины (желто-красной жидкости, получаемой из определенных кустарников). Ногти на руках и ногах коротко обрезали и золотили, а щеки румянили с помощью той же самой хины. Лезвия для бритья появились только в III веке до н.э. Волосы окрашивали в сине-черный цвет, отдушивали и укладывали в различные прически. Парики были обычным явлением как у женщин, так и у мужчин.

Японские женщины также любили ухаживать за своим лицом. Они белились, ярко красили губы, делали пятиярусные прически и т.д. В Древнем Китае мужчины отращивали длинные волосы и заплетали их в косу. Китаянки белили лица, румянили щеки, отращивали длинные ногти и красили их в красный цвет (Н.П. Боброва, Т.В. Пчелкина, 1978). Материалом для одежды в Китае служил шелк. Из Китая в Европу пришел не только шелк, но и бумага, картон, художественные произведения из керамики, а также мускус и амара. Лучший мускус из Тибета и амара из Китая поставлялись в Европу через арабские страны. По дорогам шелкового пути экспортировали и чай (D. Branderburg, 1985).

Медики средневекового Востока также придавали большое значение предупреждению болезней кожи, способам сохранения здоровой и красивой кожи, уходу за ней и косметике. Для предупреждения болезней кожи они рекомендовали поддерживать её чистоту, укреплять организм водными процедурами, физическими упражнениями, нормализовать сон,

употреблять молочные и растительные продукты, советовали изолировать больных лепрой и чесоткой от здоровых людей.

Абу Закарийа ибн Масавайх (Уханна, 777–875) в трактате об ароматических растениях рекомендовал для ухода за кожей благовония и другие средства. Абу Юсуф ибн Исхан ал-Саббах ал-Кинди, известный в Европе под именем Алкинди (800-870), в «Медицинских рецептах или Акрабадине-ал-Кинди» предложил для придания коже лица свежести и упругости составы из различных растительных средств. В «Книге о химии благовоний и возгонке» («Книге о косметике») он привел 107 рецептов приготовления ароматических масел, мазей, вод, благовоний, духов для ухода за кожей, а также рецепты для укрепления волос и ускорения их роста. Он подразделял все описываемые препараты на 3 сорта, из которых 1-й предназначался для аристократов, 2-й — для военоначальников, 3-й — для рядовых воинов, торговцев и т.д. Ал-Кинди изложил способы, к которым прибегали фальсификаторы дорогостоящих снадобий с целью продажи их суррогатов. Он описал также способы приготовления парфюмерных средств из мускуса, розовой воды, шафрана, мирта, яблочного сока, камфоры, жасмина, левкоя, стиракса, серой амбры (кишечник «камней» кашалота), добывавшихся в Японском море и на Антиллах.

В частности, для отбеливания веснушек он применял семечки фиги, бобы манго, мед, замешав на ячменной воде, нанося в виде маски. Для придания коже лица свежести, упругости применялся состав из укропа, мяты, лука, сельдерея, вьюнка и других лечебных трав. Для протирания кожи лица ал-Кинди рекомендовал специально приготовленную туалетную воду по его рецепту. С этой же целью он рекомендовал сиканджубин, состоящий из меда, раствора виноградного уксуса и лекарственных растений. Особая роль в уходе за кожей издавна отводилась средствам парфюмерии, в частности, духам. В Средние века на Востоке была усовершенствована технология их изготовления. Предпочитались крепкие запахи мускуса, амбры, мирты, ладана, ириса, фиалки и др. Ал-Кинди предложил также технологию приготовления разнообразных сложных косметических средств. На многочисленных рисунках он изображал схемы технологических процессов: печи, ступки, различные химические приборы и подставки для них. Например, один из приборов назывался «прибор в форме тыквы».

Известный ученый средневекового Востока ар-Рази (Разес, 865–925) в пятом томе «Медицинской книги», посвященной Мансуру, описал многочисленные вопросы косметики и болезни кожи. Сведения по косметике содержатся также в его труде «Антидотарии» и «Акрабадине ал-Кабир», «Клинические записи Абу Бакра Рази и его ученика». Ар-Рази описал многочисленные косметические средства по уходу за кожей лица, в том числе разнообразные смягчающие кожу лица, средства для лечения выпадения волос и ухода за ними, способы окраски волос басмой и т.д.

Абу-и-Касим Халаф Ибн Абас аз-Захрави (936–1010) в трактате 19 «О парфюмерии, косметике и приготовлении алгавали и подобного этому», трактате 24 «Об изготовлении пальмовой и других мазей, по Галену и другим», в трактате 25 «О масляных эссенциях (адхан), их применении и точный способ их получения» и его энциклопедического труда «Руководство для того (врача), кто не в состоянии составить (таковое)», изложил приготовление благовоний и других средств для ухода за кожей.

Абу Мансур Муваффан Винни Али ал-Хирави в «Книге основ об истинных свойствах лекарств» («Фармакопее Абу Мансура») рекомендовал для ухода за кожей 63 растительных масла. Абу Райхан Мухаммад ибн Ахмад ал-Беруни (973-1048) в «фармакогнозии в медицине» («Сайданс») также привел многочисленные средства для ухода за кожей (Л.В. Белова, 1984).

Много внимания косметике уделял великий врач Востока Абу Али Ибн Сина (Авиценна, 980–1037). В седьмой части 4-й книги «Канона врачебной науки» (1980), которая называется «Косметика» и состоит из 94 параграфов в 4 частях («Качество волос и перхоть», «Состояние кожи в отношении окраски», «О том, что случается с кожей не в отношении ее цвета», «Различные обстоятельства, связанные с состоянием тела и конечностей»), Авиценна отмечал, что цвет кожи лица ухудшается, темнеет от болезней, забот, неполноценного питания, действия солнца, холода, ветра. Он рекомендовал защиту кожи от жары, холода, ветра, занятия физическими упражнениями, употребление в пищу молока, капусты, укропа, фиников и других овощей и фруктов.

Авиценна рекомендовал обмывать кожу лица отварами гармалы, конских бобов, нута, вики, лютика, семян редьки, дынных семечек. На ночь применял мази из трагаканта, дынных семечек, шафрана, муки бобов, ячменя, чечевицы, крахмала, а утром смазывать ее отваром дынных корок и фиалок. С успехом Авиценна применял наружно грязевые лепешки на кожу лица.

Сухую кожу лица Авиценна рекомендовал смазывать миндальным, ромашковым, розовым и другими маслами, а также курдючным салом, медом, ланолином, костным мозгом, виноградным соком. К трещинам на губах он предлагал прикладывать кожицу чеснока или



Рис.20. **Авиценна**

лука. Для нанесения косметических масок на кожу лица Авиценна рекомендовал растертые лекарственные средства замешивать на яичном желтке. Применявшиеся им крахмал, календула, чистотел, укроп, розовая вода и другие средства получили широкие распространение и в современной косметологии. Для отбеливания кожи лица, удаления веснушек, пигментных пятен Авиценна применял белую ртутную мазь, нашатырь, лимоны, алоэ, которые с успехом используются и в настоящее время. В состав одного из отбеливающих кремов он рекомендовал белую ртуть, горький миндаль, дынные семечки.

Авиценна описал вульгарные угри — под названием «прыщи», а белые угри — под названием «молочные прыщи». Он также указывал, что чрезмерное употребление сладостей способствует развитию угрей.

Бородавки Авиценна лечил консервативными и оперативными методами. Для этого он рекомендовал втирать в их поверхность различные прижигающие средства, а также срезал или иссекал.

Авиценна различал несколько причин выпадения волос. Он описал алопецию под названием «лисья болезнь», предложил несколько методов ее лечения, в том числе рефлексотерапию. После мытья головы Авиценна советовал ополаскивать волосы водными отварами некоторых лекарственных растений, а также рекомендовал смазывать волосы гусиным, бычьим или медвежьим салом. Для улучшения роста волос он рекомендовал на очаги облысения ставить пиявки, банки, втирать бычью желчь, вяжущие вина, золу шпанских мушек, горчицу, перец, чеснок, лютик и другие раздражающие вещества. С этой же целью Авиценна рекомендовал мясо и яд гадюки. В настоящее время для лечения алопеции применяются мази: «Випрасол В» (изготовлен из яда гадюки), «Випрасол» — из яда гюрзы, «Випратокс» — из яда разных змей. Втирание в очаги облысения и поредения волос сока листьев и стеблей инжира является своеобразным вариантом современной терапии алопеции фурокумариновыми препаратами, в состав которых входят инжир, псоберан, псорален.

Татуировки Авиценна удалял двумя способами. При первом способе татуировку смазывали раствором соды и на неделю к этому участку прикладывали смолу терпентинового дерева и завязывали. Процедуру повторяли до тех пор, пока вместе со смолой не отойдет краска татуировки. При втором способе участок татуировки также обрабатывался раствором соды, после чего накладывалась повязка с ратийнаджем на пять дней. Затем участок татуировки накалывали иглой, посыпали солью и перевязывали с мазью, состоящей из перца, нуры, мышьяка, меда, повторяя процедуру до полного разрушения татуировки.

Для лечения заболеваний волосистой части головы, сопровождающихся перхотью, Авиценна рекомендовал сказывать кожу соком свеклы, свежих листьев сельдерея, пажитника, отваром листьев индийской конопли и кунжута, растертыми чашечками цветов шелковицы, различ-

ными маслами с серой. Авиценна предложил также лечебные мыла, вводя в их состав сложные составы лекарств для удаления чешуек.

С целью предупреждения пересушивания волос Авиценна советовал избегать слишком частого их мытья.

Для окрашивания волос в черный, красноватый, рыжий, золотистый, русый и белый цвета Авиценна рекомендовал различные краски, изготовленные по сложным прописям.

Для лечения чрезмерной потливости и устранения «дурного запаха» Авиценна советовал обмываться водой с добавлением в нее квасцов, камфоры, сандала. При «зловонном поте» кожу после купания он рекомендовал протирать размятыми листьями лимона, отвара мяты, чабреца, листьев яблони и ивы, лепешками из роз с мускусом. С этой же целью было рекомендовано наружно применять лекарства сложного состава из порошка бухарской глины, цитварной полыни, шафрана, гвоздики, календулы, мирта, розы и других ингредиентов, оказывающих подсушивающее, дезинфицирующее и дезодорирующее действия, для чего в настоящее время изготавливаются присыпки от пота.

Для уменьшения веса тела Авиценна рекомендовал ограничение в питании, регулярное занятие физическими упражнениями, массаж, водные процедуры. К числу лучшей из водных процедур для похудания он относил баню с сухим паром.

Для придания коже лица белизны и свежести Авиценна рекомендовал смазывать ее крахмалом с парным молоком, а для защиты от солнца, ветра, холода смазывать ее воском с салом.

В разделе «Косметика» Авиценна перечислил более 23 средств животного происхождения и 17 минеральных ископаемых, органических соединений, применявшихся с косметической целью. Авиценна приводит почти 300 сложных прописей, применявшихся им для лечения различных заболеваний кожи, в том числе и с косметической целью.

В труде «Трактат по гигиене» Авиценна рассмотрел вопросы о предупреждении болезней кожи, указывал на некоторые причины их возникновения, разработал целый ряд гигиенических советов по уходу за кожей.

«Косметика» Авиценны свидетельствует об оригинальности и самостоятельности суждений автора, а многие предложенные им методы и средства по уходу за кожей и волосами не потеряли своего значения и в настоящее время, с успехом применяются и могут способствовать разработке более эффективных методов лечения в косметологии современности (Л.В. Белова, 1987).

Успехи косметологии и парфюмерии имели прямую связь с развитием промышленности и торговли. Распространение благовоний и косметики в Средней Азии и на Кавказе обязано их торговым связям с Багдадским халифатом.

Косметика в Грузии зародилась в доисторическом периоде развития человека и достигла довольно высокого уровня в III–II тысячелетии до н.э. Интересные данные о косметике и косметических средствах этого периода имеются в сказаниях, археологических материалах, а позже — в немедицинских письменных источниках и лечебных книгах.

Первые ценные косметические сведения выявлены в древнегрузинском эпосе «Амираниамии», который принадлежит III–II тысячелетию до н.э. Амирами освобождается из пленения чудовища, которое его проглотило. Но у Амирами нет больше усов и бороды. Благодаря действию «чудодейственной» воды у него появляются новая борода и усы. Есть основания предполагать, что воды целебных минеральных источников Грузии широко применялись как лечебное средство для восстановления роста волос на коже человека.

В бессмертных произведениях греческих и римских поэтов значительное место занимает сказание об аргонавтах, где одна из героинь, Медея, являлась мудрым врачевателем. В XVI–XVIII веках до н.э. дочь царя Колхиды, Медея, готовила лекарства из трав. В саду у Медеи насчитывалось около 60 видов лечебных растений, среди которых такие растения, как лавр благородный, агфоделина (лилия), гина (душистый горошек), лаванда, мята, шафран, ромашка, кардамон и др. Медея умела следить за кожей лица и тела. Особенно значительны познания Медеи в декоративной косметике. Она впервые обнаружила цветок, с помощью которого седые волосы окрашивались в черный цвет. При необходимости она могла перекрасить черные волосы в седые и сделать лицо морщинистым.

Изучение лечебных средств, применявшихся в косметических целях, широко представлены в древнегрузинских медицинских памятниках XV–XVI столетий: «Усцеро карабадини» (усцо — несравненный) Каланели, XI веке, «Врачебная книга» Ходжакопили, XIII веке, «Лечебная книга» З. Папаскортели-Цицишвили, XV веке, «Иадигар Дауди» Давида Багратиони, XVI веке и др.

На основании изученного материала, Л.В. Аидашели-Йобадзе (1986) пришел к выводу, что в вышеуказанных памятниках содержится более 300 лекарственных средств, применявшихся с косметической целью. В частности, приводятся лечебные средства при выпадении волос и перхоти, для ухода за кожей лица, полости рта и ногтей, для удаления бородавок и веснушек, средства для окраски волос, отбеливания зубов и др.

Происхождение заболеваний человека, в том числе и косметических недостатков, по этим литературным источникам объясняется на основании гуморальной теории патологии, которая связывает развитие заболевания с нарушением равновесия между имеющимися в организме человека четырьмя жидкостями: кровью, слизью, желтой и черной жел-

чью. В этих книгах приводится также большое количество рациональных и заслуживающих внимания советов, описываются лечебные мероприятия, применявшиеся в течение нескольких веков.

В начале XVIII века вышла книга царя Вахтанга VI «О приготовлении растворов и химических превращений», представляющая определенный интерес и в настоящее время. Среди множества лекарственных средств приведены и средства чисто парфюмерно-косметического характера: ароматические вещества для волос, тела и одежды, средства для укрепления и отбеливания зубов и от дурного запаха изо рта, против морщин, для укрепления волос и их окраски в черный цвет, отбеливания кожи тела и пр. Таким образом, в Грузии с древнейших времен производство косметических средств и их применение было довольно широко развито.

Европа в результате расширения торговли получала с Востока и Индии различные металлы и пряности. В частности, из Индии в Европу поставлялись красители и драгоценные камни. Рубинами, гранатами и горными хрусталями особенно славился Западный Туркестан (D. Branderburg, 1985).

После открытия Америки в Европу привезли из Перу косточковое масло и другие косметические средства. Начиная с XV века в эпоху Возрождения вопрос об идеале женской красоты привлекает не только художников, скульпторов, писателей, но и философов. Создаются трактаты «О красоте женщины».

В IX столетии в Марселе было изготовлено мыло, после чего стало быстро развиваться его производство. В 1424 г. в Италии впервые стали изготавливать твердое мыло.

В Испании впервые был изготовлен монахами одеколон. Он состоял из различных эфирных масел преимущественно с цитрусовым запахом. Рецепт этого одеколона привезли в Италию, где купец Фарина из Кельна в 1709 г. выпустил его в продажу под названием «Вода из Келна». Под французским названием «одеколон» (вода из Келна) вскоре распространилась по всем странам Европы. В России этот одеколон получил название «тройной одеколон». Позднее был произведен цветочный одеколон, который представлял собой смесь тройного одеколона с эссенциями, обладающий цветочным ароматом. Вскоре кроме тройного и цветочного начали производить гигиенический одеколон «Экстра» и др.

Живописный образ жизни в эпоху готического стиля встречается в миниатюрах, украшающих молитвенники и псалтыри. Все тогдашние модницы хотели быть белокурыми, поэтому в книгах и руководствах той эпохи встречается множество рецептов для окраски волос. Костюм сделался более удобным для движений.

Итальянские женщины уже в XVI веке для придания большей красоты своим глазам капали в них сок белладонны (красавки bella donna — дама красавица). П. Маттиоли в комментариях к изданному в Венеции в

1565 г. словарю о медицинских веществах в числе других средств упоминает о белладонне и ее применении с лечебной и косметической целью (T.R. Ferbea, 1977).

Характерной чертой эпохи Возрождения было наличие резкой грани между феодальной аристократией, городским и сельским населением. Широкую популярность в этот период получил стиль барокко. Одежда была громоздкой, пышной и дорогой, а уходу за телом и гигиене уделялось все меньше внимания. Вскоре искусство парфюмерии из Италии распространилось во Францию, а оттуда — в другие страны Европы. Приехавшие во Францию с Екатериной Медичи итальянские артисты привезли с собой различные пасты, пудры, румяна, помады и краски. Сначала искусство красоты развилось во Франции как декоративная косметика.

В период царствования Генриха IV гримировались даже мужчины, а в эпоху Людовига XIV румянец на щеках у женщин считался признаком физической крепости. Идеалом красоты считались женщины-аристократки с астеническим телосложением и бледной кожей лица, которые маскировали в первую очередь недостатки лица, а гигиена у них была на втором плане. Почесываться в обществе не считалось признаком дурного тона. Если до нужного места нельзя было достать рукой, на помощь приходили специальные рукоятки из слоновой кости. В париках аристократов нередко гнездились вши, а дочь одного из французских королей погибла от вшивости. Дома аристократы не знали, что такое мыло и носовой платок, которым пользовались еще в Древней Греции. Вновь носовой платок появился лишь в XIX веке. Несмотря на то, что именно французами впервые начато промышленное производство мыла в Марселе еще в IX веке, в знаменитом Версальском дворце в Париже, в котором было около 2000 комнат, не было ни одной бани. Недостаточное употребление воды и мыла вызывало необходимость применения в больших количествах парфюмерных средств.

В XVI веке местом развития парфюмерной индустрии становится Франция. Было усовершенствовано изготовление париков, производство различных одеколонов, духов, кремов и т.д. В XVI веке в Париже издана книга Андриа де Фурнье «Украшение человеческой натуры и убранство женщин», в которой содержалось много косметических рецептов. В 1642 г. Фителье писал, что для туалета элегантной даме требовалась целая лавка всевозможных протираний, белил, духов, миндального молока и т.д. В XVII веке большое распространение получила декоративная косметика при флорентийском дворце. Французская революция, низвергнувшая абсолютизм, положила конец и дворянским туалетам. Были преданы забвению корсеты и кринолиты, костюм приобрел скромный характер.

Применение воды и мыла в гигиенических и косметических целях во Франции было отмечено только в XIX веке. Тогда была изобретена ван-

на. Во Франции большую известность приобрело так называемое марсельское мыло. Парикмахерские заведения уже назывались салонами и стали ежедневной необходимостью. Тогда же были получены некоторые синтетические косметические препараты.

В Англии во время правления Елизаветы женщины употребляли свинцовые белила, для румян применяли охру, экстракты сандалового дерева, для чистки зубов — тертый кирпич, измельченную кость, яичную скорлупу. В дальнейшем в Англию из Франции проникли методы ухода за волосами, духи и другие ароматические средства для ухода за кожей. Однако наряду с широким применением косметических средств личной гигиене уделялось мало внимания. Купания считались привилегией среднего класса.

В 1584 г. английский врач Томас Коган из Манчестера написал книгу «Убежище здоровья», в которой, в частности, отмечал, что врачевание делится на две принципиальные части. Одна состоит в сохранении здоровья, другая — в его возвращении. Первую он считал наиболее важной, перечислил несколько способов продления жизни путем правильного и внимательного отношения к своему телу и здоровью. В медицинской литературе эпохи Возрождения этой проблеме уделялось большое внимание, важную роль при этом отводилось правильному режиму сна. В 1842 г. в Ливерпуле и Лондоне были организованы народные бани. Рекомендовалось частое мытье и чистое тело, ношение нижнего белья и ночных сорочек, париков и т.д. В XIX веке в процессе борьбы за эмансипацию женщин в Англии женщины наряду с требованиями равных прав с мужчинами добились освобождения от законов моды, насаждаемых господствующим классом капитализма (I. Mimra, 1959).

В Австрии в XVIII веке процветала декоративная косметика. Грим, пудра, помада были необходимой принадлежностью высокопоставленных дам. Одновременно с гигиеной и косметикой в Австрии начала развиваться и косметическая хирургия (E. Leaky, 1960).

В Америке в XVII–XIX веках, после того, как жизнь поселенцев стала легче, начали шире применять различные косметические средства такие, как духи, мыло, парики и др. В XVIII веке американские врачи и аптекари посетили Европу и изучали состояние фармацевтического дела и косметики. По возвращении они организовывали магазины для продажи лекарств и косметических средств (H. Paschki, 1911; P. Titus, 1946).

В Россию косметика проникла из Византии, Франции и Германии благодаря торговым связям с ними. У женщин Древней Руси существовал обычай заплетать волосы в косы, но замужние женщины прятали их. Девицы носили на голове широкую вышитую повязку (венчик) с широкими лентами сзади, русские женщины любили также украшать себя цепочками, серьгами, кольцами и т.д. В случаях траура и печали женщины и девушки остригали себе волосы.

К находкам скифов, особенно в курганах, относятся прекрасные золотые фигурные гребни и зеркала. Женщины натирали на камнях древесину кедра, кипариса и ладан, все это смешивали и заливали водой, после чего раскрашивали этой смесью свое лицо и тело или смазывали все тело. После снятия этой маски раздавался приятный ароматный запах, а тело становилось чистым и блестящим.



Рис.21. **Императрица Зоя Мстиславна Евпраксия Добродея — автор первого в России медицинского трактата «Алима» (Мази). Мозаика Софийского собора в Константинополе. Первая половина XII века**

В латышском фольклоре смысловое содержание здоровья представляли сила, красота, ум и мудрость. Эти свойства достигались гигиеническими и диетическими способами и в меньшей степени — лечебными средствами.

Считалось, что человек становится здоровым и сильным, когда его пищевой рацион состоит из ячменной и гречневой каши. («Нутра»), капусты, коровьего или козьего молока, а также молочных продуктов — простокваши, «пиена кунпулис» (кусочки подобные творогу, которые образуются при свертывании молока). Для лечения с косметической целью пили и умывались ручьевой водой.

Некоторые древние названия болезней латышского фольклора сохранились и вошли в терминологию современной дерматовенерологии. Так, красный цвет и припухлость кожи при роже получили название — «розе» (рожа). Мозоли, напоминающие вытаращенные глаза лягушки — «варжацис». В народных песнях употребляются названия таких заболеваний кожи, как парша, проказа, чесотка и др.

В больнице Переяславля Южного, открытой в 1089 г. недалеко от Киева, применялись водолечебные процедуры, как об этом свидетельствует Никоновская летопись (XVI век). Миниатюры Радзивиловской летописи (XIII–XV века) изображают больничные койки, сцены лечения и ухода за больными, аптечную посуду. В Киевской Руси широко применялись лекар-

ства из арсенала народной медицины, различные средства растительного, животного и минерального происхождения.

В 30-х гг. XII века внучка Владимира Мономаха, княжна Зоя Мстиславна Евпраксия Добродея, которая была женой византийского царя Алексея Комнина, написала на греческом языке трактат по гигиене «Алима» (Мази), в котором имеются главы «На паршивости годовы», «О болезнях рта» и др. Наряду со сведениями о различных болезнях приводятся советы по уходу за телом, о банях, средствах от дурного запаха изо рта и для чистки зубов и т.д. Зоя Мстиславна Евпраксия Добродея была первой в мире женщиной, написавшей первый отечественный медицинский трактат.

Практикой домашнего воспитания детей в XVI–XVII веках в России предусматривалось полоскание полости рта ароматической водой и протирание зубов влажным или сухим платком (М.Н. Дитрих, 1904). Одеждой русских мужчин была холщовая рубаха и штаны, а в холодное время — серый суконный кафтан или овечий тулуп, о котором упоминается еще в «Слове о полку Игореве». О любви русских мыться и париться в банях часто упоминают иностранцы, побывавшие в Москве в XVI–XVII веках (Олеарий, Мейерберг). Мытье в бане сопровождалось обязательной сменой белья, так как «чистое мытье и чистое переменение платья вшам множиться не дает» (Вертоград XVI–XVII века).

В популярной книге древнерусской письменности «Киево-Печерском Патерике» (1770) также упоминается о гигиенических процедурах для больных, «о мытье», которое предписывали врачи. В начале XV века на



Рис.22. **Обливание после бани на морозе — старинный русский обычай (гравюра неизвестного художника)**

Руси появляется «Галиново на Ипократа», перевод сочинения Галена «О природе человека», затем популярная на Западе в XV веке медицинская книга «Тайная тайных» или «Аристотелевы врата», составленная из сочинений Моисея Маймонида (1135–1204) и арабского врача Ар-Рази (Разес, 852–932 гг.), с описанием конституциональных особенностей в анатомо-физиологическом аспекте, различные гигиенические предписания по уходу за кожей и высказывания о теоретическом и практическом врачевании (М.Н. Сперанский, 1903; В.Ф. Груздев, 1946).

В 1534 г. в Москве появляется трехтомное сочинение на 2 500 страницах «Благопрохладный Вертоград», переведенный с немецкого «Гортус санитас» (Сад здоровье) Николаем Булевым (Люев), содержащее сведения по терапии и косметике с описанием лекарств древнего мира. К XVI веку относится известный литературный памятник «Домострой», в котором имеются указания по личной и бытовой гигиене. В 1764 г. появляется диссертация С.Г. Зыбелина «О медицинских мылах», которую специалисты считают первой отечественной работой по дерматокосметологии (Д.М. Российский, 1953).

Особое развитие косметика получила при Петре I. Женщины быстро свыклись с новой модой Запада и усвоили всевозможные парики, мушки и т.д., но не все новшества воспринимались народом. В отношении мужчин Петр I в 1699 г. был вынужден издать указ об обязательном бритье бороды. Бояре, не желавшие выполнять этот указ, платили за ношение бороды большой налог. Короткая стрижка и брадобритие не были редкостью на Руси еще и задолго до Петра I. Это усматривается из одного сатирического изображения московского щеголя XVI века в проповедях митрополита Даниила: «Волосы не только бритвою вместе с кожей сбриваешь, но и щипцами с корнем исторгаешь». Мужчины до 30 лет всегда изображаются на миниатюрах без бороды. Дмитрий Донской не носил бороды до 29 лет, Василий I — до 32 лет (Н.А. Богоявленский, 1948).

Петр I «повелел» своим дворянам носить длинные волосы и парики, мода на которые особенно распространилась в царствование Екатерины II. В это время отмечалось резкое повышение потребления знатью парфюмерных и косметических средств. Гигиенический уход за кожей, за ее чистотой, в народе основное место занимали умывания и бани, которые были одним из древнейших заведений на Руси.

При царском дворе с 1720 г. и до самой смерти Петра I состоял в должности «бадера» лекарь Христофор Паульсон. «Бадерские бани» того времени являлись по Я.А.Чистовичу прообразом водолечебниц и предназначены были «для лечения наружных болезней мануальным художеством (гимнастическими движениями и разминкой), жильным кровопусканием, приставлением пиявок и кровеносных банок, становлением клистеров и наконец ваннами разных составов и температур» (Я.А. Чистович, 1883).

Необходимо отметить, что именно в России особое значение придавалось различным способам водолечения и другим физиотерапевтическим методам лечения различных заболеваний, в том числе болезней кожи и её косметических недостатков. Неопровержимым доказательством этого являются первые диссертации русских врачей второй половины XIX века, посвященных этой проблеме: Л. Личкус «Материалы к учению о холодных ваннах» (1884), Л.В. Орлов «К вопросу о влиянии ванн на кожную перспирацию» (1884), Л.А. Фадеев «Материалы к учению о русской бане» (1890), С.С. Груздев «Минеральный обмен при русской бане» (1890), в которой автор, в частности, указывает, что: «Особые прислужники тут же очищали кожу от грязи скребницами (strigiles), чистили её даже пемзою, выдергивали особыми щипчиками ненужные волосы, обрезали ногти, вырезывали мозоли и бородавки и т.п.».

В XVIII веке в России применение косметических средств часто рекламировалось в газетах и научно-популярных журналах. В частности, в популярном журнале «Экономический магазин» (1780–1785) печатались различные советы по уходу за кожей лица и волосами.

В конце XVIII века в Москве была построена первая парфюмерно-косметическая фабрика, число которых к середине XIX столетия значительно возросло.

Известный русский врач П.П. Заблоцкий-Десятовский в 50-е годы XIX столетия написал ряд статей гигиенического характера в журналах «Друг здравия», «Земледельческая газета» и других под названием «Гигиенические афоризмы об одежде» (1851), «Гигиенические афоризмы об опрятности» (1851), «О влиянии климата на здоровье человека» (1851), «О сохранении зубов в здоровом состоянии» (1855) и др.

В конце 60-х годов прошлого века С.П. Боткин писал: «Сколько мне известно, русский простой народ больше заботится о чистоте своего тела, чем всякий другой европейский народ. Еженедельное посещение бани составляет почти религиозный обряд: женщина не пойдет в церковь после



Серія диссертацій, допущенныхъ къ защитѣ въ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи въ 1889—1890 академическомъ году.

№ 63.

МАТЕРІАЛЫ

КЪ УЧЕНІЮ

О РУССКОЙ БАНѢ.

(Вліяніе бани на усвоеніе и обмѣнъ сѣры, фосфора и хлора).

ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

Александра Фадѣева.

Печатать, по постановленію конференціи, были профессоры: В. А. Манассеинъ, Д. Н. Кошлаковъ и приватъ-доцентъ П. В. Буржинскій.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.
Типографія Департамента Удѣловъ, Моховая, 40.
1890.

Рис. 23. **Титульный лист докторской диссертации Л.А. Фадеева**

месячных, не побывав в бане». Много интересного о банях пишет В.А. Гиляровский в своей книге «Москва и москвичи».

Основоположник русской терапевтической школы Матвей Яковлевич Мудров (1772–1831) также писал, что для «сохранения здоровья, в наипаче, для предупреждения повальных болезней нет ничего лучше упражнений телесных или движений». И.П. Барченко с соавторами (1975) показали развитие науки о питании в Киевской Руси (IX–XVIII веков), накопление рационального опыта и развития представлений о диететике здорового и больного человека в XIV–XV веках, развитие пищевой санитарии в конце XVII–XVIII веков, зарождение гигиены питания в России как науки. Показан вклад в развитие диететики в России М.В. Ломоносова, А.Г. Бахерахта, В.В. Пашутина, А.П. Доброславина, Ф.Ф. Эрисмана, М.П. Шатерникова и др.

Мыло на Руси варили с древних времен. Иногда целые деревни занимались «поташным промыслом», как тогда называли производство мыла. Слава о волдайских и костромских мастерах мыловарения была известна далеко за пределами нашей страны. Качество мыла ценилось высоко, «ибо мытья мыльного тела чистое живет». Для стирки применялись зола, глина и растения, богатые сапонинами. В лечебнике XVI века особенно хвалят одну из трав, потому что «пена от нея исходит аки от мыла».

В рукописной работе Н.И. Пирогова «Идеал женщины», хранящейся в Институте русской литературы, состоящей из трех частей на 14 страницах, содержатся ценные педагогические мысли, не утратившие своего значения и по сей день. Их можно по праву отнести к педагогике материнства. Девизом ее является эпиграф: «Молись, люби и трудись!» Н.И. Пирогов, в частности, пишет: «Итак, кто же, как не любимая женщина, может одушевлять нас чувством святого, кто, как не она, может блюсти за развитием и хранением его в наших детях! Жена и мать есть священник семьи, по крайней мере, в нашем семейном кругу».



Рис. 24. **Профессор Ю.К. Шимановский (1829–1869)**

Николай Иванович Пирогов (1810–1881) является основоположником отечественной пластической хирургии, его труды сыграли важную роль в развитии этой отрасли медицины не только в нашей стране, но и во всем мире (Г.В. Кручинский, 1980). Развитию пластической хирургии способствовали знаменитый хирург Каспар Гаглиоззи в XVI веке, Ван Грере и Дефенбах в Германии. Пионерами этого направления во Франции были Дельпех, Рауке, Дюпуитрен, в Америке — Джонатан Месон Варен, в Англии Роберт Листон (D.I. Hauben, 1983).

Ученик и сподвижник Н.И. Пирогова Ю.К. Шимановкий, продолжая дело своего учителя, трудился над проблемой трансплантологии, пластической и восстановительной хирургии. Результатом многолетнего труда по этой проблеме стала публикация книги «Операции на поверхности человеческого тела», эпиграф к которой был таков: «Образцу научного стремления в хирургии Н.И. Пирогова посвящает свой труд автор» (Киев, 1865).

В своем труде Ю.К. Шимановский разработал такие вопросы, как показания и противопоказания к кожной пластике, прогноз операции, вид обезболивания, остановка кровотечений и т.д. Ю.К. Шимановский впервые в мире составил математически обоснованную классификацию дефектов кожи, предложил универсальные способы закрытия дефектов вне зависимости от того, где они расположены. Ю.К. Шимановский дал полную характеристику более 60 операций пластической хирургии. Среди них — операции при дефектах щек, век, губ (в том числе при заячьей губе), уха, носа, ушных раковин. Все операции иллюстрированы рисунками, выполненными самим автором книги. Этот труд Шимановского был переведен медиками всех стран мира. Он высоко был оценен в России — удостоен хирургической премии имени И.Ф. Буша (М.Б. Мирский, 2000).

Ю.К. Шимановский (1829–1868) прожил короткую (всего 38 лет), но очень плодотворную жизнь. «Наука потеряла в Шимановском одного из наиболее талантливых и неутомимых деятелей», — писала редакция «Военно-медицинского журнала». Им по справедливости гордились наша военная медицина и Киевский университет.

Косметическая хирургия является разделом общей пластической хирургии, из которой она взяла на вооружение основные методы: закрытие дефектов соединением тканей, местную пластику, пересадку лоскутов на питающих ножках и свободную трансплантацию кожных или комбинированных лоскутов. Большой вклад в развитие отечественной и мировой косметической хирургии внесли известные русские ученые–медики: В.П. Филатов, П.И. Дьяконов, Н.Н. Блохин, Н.А. Богораз и другие. Советские хирурги А.Э. Рауэр, Н.М. Михельсон, А.А. Димберг, Ф.М. Хитров, А.А Лим-


ОПЕРАЦІИ
НА
ПОВЕРХНОСТИ ЧЕЛОВѢЧЕСКАГО ТѢЛА.
Ординарнаго профессора университета св. Владиміра
Ю. ШИМАНОВСКАГО.
Съ атласомъ, содержащимъ на 108 таблицахъ 602 рисунка.
КІЕВЪ.
1865.

Рис. 25. **Титульный лист монографии проф. Ю.К. Шимановского**

берг и другие также приложили много усилий для развития восстановительной хирургии лица, разрабатывали собственные методы устранения различных деформаций человеческого тела.

Изданная в нашей стране книга Э. Эйтнера «Косметические операции» (1936) сыграла большую роль в формировании отечественной научной школы по пластической хирургии.

Долгим был путь косметики от примитивных до современных форм. В конце XVIII века в Москве купцом Гиком была открыта первая парфюмерно-косметическая фабрика. Однако основателем русской парфюмерии по праву считается Генрих Афанасьевич Брокар, выходец из Франции. Свое первое предприятие — мыловарню — он открыл в Москве, в Теплом переулке, 20 июля 1864 г. Поначалу здесь работал сам хозяин, мыловар Алексей и рабочий Герасим. В России тогда совсем не было парфюмерных предприятий, и городская управа выдала Брокеру разрешение основать первое в стране подобное производство, отнеся его в разряд «фельдшерского мастерства». Успех фирмы оказался стремительным. Уже начиная с 1865 г. «Товарищество Брокар и К°» — постоянный лауреат российских и международных выставок и ярмарок. Даже самый дешевый товар у Брокара был привлекателен. Брокар изобретает сорта мыла «Мятное», «Кокосовое», «Русское». К 50-летию своего существования в 1914 г. фирма Брокара выпускала только цветочных одеколонов «более 80 запахов в оригинальных флаконах», размером от 1/8 до 1 фунта и даже в графинах. «Это крупнейшее парфюмерное предприятие в Европе такими гигантскими шагами могло расти только в России», — отзывался о нем сотрудник фирмы А. Мишель. В 1918 г. фабрика Брокара была национализирована и стала называться мыловаренным заводом №5, а после — «Новая заря», под этим названием она известна и сегодня.

Большое количество открытий в области косметики было сделано в конце XIX — начале XX столетий в связи с развитием химии. В 1856 г. впервые синтезирована стандартная краска для волос, в 1870 г. введен в практику вазелин, в 1873 г. началось применение зубной пасты. В 1903 г. изобретен прибор для безопасного бритья, в 1915 г. — губная помада, в 1930 г. — введен метилсалицилат в качестве защитного средства от солнечных лучей и т.д.

9.2. РАЗВИТИЕ КОСМЕТИКИ В РОССИИ

В XX веке косметика начала развиваться как наука гигиены кожи и тела. В 1908 г. в Москве впервые организован Институт врачебной косметологии доктора Остроумова, устав которого утвержден в 1910 г. Он явился первым научно-практическим центром, в котором применялись различные методы лечения косметических заболеваний кожи. В дальнейшем врачи начали указывать на более глубокий подход к

лечению косметических недостатков и формированию косметики как самостоятельной отрасли медицины.

Были разработаны дополнительные программы по уходу за лицом и телом для школ врачебной косметики и массажа.

Кроме этого Института врачебной косметики в России и в те времена, было также много частных косметических салонов и кабинетов, где проводились различные косметические процедуры и массажи.

В 1907 г. в Москве выходит еженедельный литературно-научный журнал, посвященный гигиене, эстетике тела, косметике, парфюмерии, издание которого было прекращено, к сожалению, к концу этого же года. С 1908 г. в Петербурге начал выходить два раза в месяц журнал «Косметика», издание которого с четвертого номера было переведено в Варшаву и продолжалось до 1910 г. Хранятся эти журналы в четвертом отделе Государственной библиотеки им. В.И. Ленина.

Тогда же кроме переводных изданий впервые были опубликованы руководства русских врачей по косметологии Н.В. Слетова (1910), С.И. Маржецкого (1911) и др.

«Теперь косметика, — писал Н.В. Слетов в своем труде, — в отличие от древней имеет право на титул «честной», так как она заботится не об одной показной части тела, о лице, но обо всем теле, стремится его укрепить, улучшить обмен веществ, устранить все его тяготящее, как избыток солей, малокровие, ожирение, худобу и т.д. Необходимо довести до совершенства все функции организма, устранить в них равновесие, и тогда свежесть и юность всего тела легко отразится на его зеркале — лице».

Много полезных советов и рецептов по косметологии содержится в первом отечественном руководстве М. Хана «О накожных болезнях» (СПб, 1856).

В это же время в России были изданы основные руководства по косметике, которые явились началом ряда научных работ в этой области медицины. Особое развитие получила косметика в трудах русских ученых-медиков после Великой Октябрьской социалистической революции. В 1922 г. Наркомздрав РСФСР утвердил «Положение о порядке выдачи разрешений на производство и обращение косметических и гигиенических средств».


Д-р Н. В. СЛЕТОВ

ВРАЧЕБНАЯ КОСМЕТИКА

РУКОВОДСТВО

С 12 РИСУНКАМИ

4-е ДОПОЛНЕННОЕ ИЗДАНИЕ

МОСКВА
ИЗДАНИЕ М. и С. САБАШНИКОВЫХ
1928

Рис. 26. **Титульный лист монографии Н.В. Слетова**

Косметика послужила основой развития косметологии, разрабатывающей методы и средства улучшения внешности человека, используя для этого достижения физиологии, фармакологии, химии, дерматологии и других разделов медицинской науки.

Отечественными дерматологами внесен большой вклад в учение о болезнях сальных желез. Так, например, первое описание гистопатологии себореи дано в докторской диссертации А.И. Лебедева (1915). Себорее была посвящена монография Ю.Ф. Королева (1963), который предложил собственную классификацию, глубоко изучил изменения кожного сала при этом заболевании и пришел к заключению, что возникновение себореи и вульгарных угрей является результатом нарушения корреляции эндокринных желез и функциональных изменений нервной системы в период полового созревания. Новую классификацию себореи разработали С.Т. Павлов и Ю.Ф. Королев (1960).

Ю.Ф. Королев (1965) указал, что пища, содержащая большое количество жиров и углеводов, противопоказана больным себореей и обыкновенными угрями. К.Р. Аствацатуров (1966) разработал эффективный метод лечения угревой сыпи в условиях стационара. И.В. Липницкий (1962) для лечения сухой себореи рекомендовал внутримышечные инъекции новокаина. Для наружной терапии при жирной себорее М.А. Розентул (1941) рекомендовал календулу и бодягу, он же и А.С. Вайнштейн (1966) — унденциновое мыло, А.А. Даковская (1966) — 40% раствор гипосульфита и 5% раствор соляной кислоты. В.М. Гаврилова с соавт. (1961) и П.Н. Шишкин с соавт. (1961) видел эффект от сульсена.

Первым описал acne conglobata под названием perifolliculitin conglobata suppurativa С.О. Живульт (1894) за 9 лет до Spitzer (1903). Н.А. Черногубов и А.Я. Пелевина (1928) впервые высказали предположение, что в патогенезе acne conglobata важную роль играют пиогенные кокки, и это было подтверждено многими авторами.

Для лечения угревой болезни были предложены самые разнообразные и многочисленные методы, начиная с аутовакцинотерапии (Б.П. Метальников, 1930), внутривенных вливаний раствора углекислого висмута (В.А. Андреева, 1958) и др. Хирургическое лечение больных с затяжными формами acne conglobata рекомендуют Н.С. Ляховицкий (1966), А.Г. Мирошниченко (1982), инъекции стекловидного тела — К.М. Ижевский (1962) и др. В.М. Королев (1983) на основании комплексного изучения роли простогландинов и циклического нуклеотида в воспалительном процессе, выяснения особенностей микробной флоры, иммунологической реактивности организма разработал эффективные методы патогенетической терапии угревой болезни, в частности, косметической реабилитации больных гипертрофическими рубцами при помощи электрофореза ферментативных препаратов. Угревой болезни В.М. Ковалев посвятил и одноименную монографию (1991), в которой обобщил достижения по этой проблеме.

Проблемой угревой болезни занимались: С.А. Колесниченко (1999), Н.В. Котова (1999), Г.Г. Сафарова (1999), С.Л. Гомболевская (1997), С.В. Донецкая (1997), М.Х. Аджмал (1996), С.И. Милявская (1995), Д.К. Нажмутдинова (1995), И.В. Саламова (1995), Е.А. Корнеева (1991), В.М. Воробьев (1988), В.Н. Рокицкая (1983), Т.А. Корчевая (1982), А.Г. Мирошниченко (1982), В.Д. Гридасов (1973), З.Я. Залем (1970) и др.

В институте разработаны различные виды косметического массажа по А.И. Поспелову на основании новых достижений дерматологии, косметологии, физиологии, биохимии и других смежных наук. Необходимо отметить, что массаж кожи лица впервые был разработан в 1890 г. учеными медицинского факультета Московского университета проф. дерматологии А.И. Поспеловым и проф. анатомии Н.К. Лысенковым.

Этот вид массажа является научно обоснованным методом лечения ряда заболеваний кожи лица, в частности, себореи и угревой сыпи. Именно этот вид массажа получил широкое применение в лечении себореи и угревой сыпи под названием «русского массажа» уже более 100 лет, а не потому, что его применяют за рубежом выходцы из России, как утверждают некоторые специалисты.

На основании комплекса функциональных показателей состояния кожи, центральной нервной системы, гуморального фактора и других исследований впервые дана объективная оценка различных видов массажа (косметического, щадящего послеоперационного, пластического и лечебного) в зависимости от возраста и типа кожи. Установлено, что все виды массажа благотворно действуют на мышцы, увеличивают приток кислорода, улучшают окислительно-восстановительные процессы в них, улучшают тургор кожи лица и т.д. Разработаны также показания и противопоказания к массажу кожи лица (З.И. Сидоркина, 1967; 1974).

Усовершенствованием техники массажа кожи лица по А.И. Поспелову в институте косметологии занимались Э.Р. Языкова, Л.К. Слепкова, А.С. Гусарова, Н.М. Кретова, З.Н. Шеховцева и др.

Для лечения красных угрей Е.Д. Осадчий (1960) предложил резохин и акрихин, а в 1966 г. выяснил, что они не зависят от нарушения функции яичников. Оригинальную и первую в отечественной косметологии докторскую диссертацию «Клинико-мор-



Рис. 27. **Проф. А.Ф. Ахабадзе (1922–1988) основатель и первый директор Института косметологии МЗ РСФСР.**

фологические особенности, патогенез и лечение розацеа» (1976) выполнила Елена Ивановна Рыжкова (1924–1989). Она многие годы работала в Московском институте косметологии Минздрава РСФСР и была одним из ведущих косметологов страны. Ее перу принадлежит 75 научных работ, посвященных различным проблемам отечественной косметологии.

В дальнейшем этой проблемой занимались А.С. Громова (1989), А.В. Самцов (1998), М.И. Кудрина (1999), Н.Н. Потекаев (2000) и др.

Большой научный вклад в развитие отечественной косметологии внес проф. М.А. Розентул (1892–1984). Он впервые применил систему лечебных масок при угревой болезни, новые методики лечения болезней волос, изучал реакцию воспалительных изменений в коже под влиянием физико-химических раздражителей, а предложенная им в 1934 г. методика подкожного вдувания кислорода получила новое направление в оксигенотерапии. Проф. М.А. Розентул является автором ценных научных работ и руководств по косметологии, не потерявших своего значения и в настоящее время.

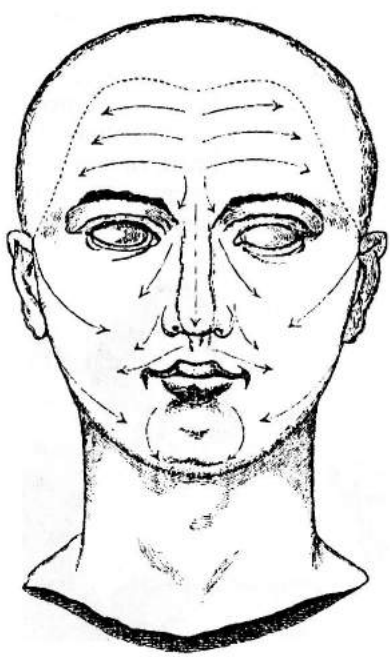


Рис. 28. **Схема массажа, разработанная проф. А.И.Поспеловым и проф. Н.К. Лысенковым в 1890 г.**

Болезням волос посвящена монография Е.С. Залкинда (1959), В.П. Адаскевича, О.Д. Мяделец, И.В. Тиховской (2000), волосам в судебно-медицинском отношении — диссертации Н.Г. Александрова (1958), С.А. Володина (1970), В.А. Корнияш (1981), Л.Е. Кузнецова (1973), П. Минакова (1894), А.З. Павлова (1986), М.Ю. Юсуфова (1985) и др.

Alopecia pilorum intermiftena (monilethrix) описана С.Т. Павловым (1924), который высказал предположение, что в основе этого заболевания лежит воспалительный процесс, нарушающий питание и рост волос. Позднее его описывали С.К. Розенталь и Е.С. Шпрейреген (1925), В.А. Рахманов (1926), Е.К. Дамер (1928) и др. Гистоморфологические изменения нервно-рецепторного аппарата кожи при монилетрикс впервые описаны В.А. Рахмановым и Г.Ф. Романенко (1958). Для лечения его М.М. Желтаков и И.Н. Виноградов (1965) предложили эпилиновый пластырь.

Изменения волос на голове при брюшном тифе изучал Г. Жуковский (1905).

С.И. Бизио (1782) указал, что колтун — не самостоятельное заболевание, а лишь «следствие бескультурья и нечистоплотности».

О хороших результатах лечения больных гипертрихозом эпиляцией коротковолновым током высокой частоты сообщила И.И. Гром-Врублевская (1966).

А.И. Бережко (1964) описал первый в СССР случай муцинозной алопеции.

Изучением патогенеза, лечения и профилактики себорейного выпадения волос занимался И.Б. Вейнеров с сотр. (1960). Для лечения он рекомендовал рибофлавин, пиридоксин и пантотеновую кислоту, М.М. Желтаков с соавт. (1964) — эпилиновый пластырь и синестроловый крем, А.С. Гусарова (1966) — синестроловую мазь. Г.Е. Корякин с сотр. (1966) установил, что при преждевременном облысении имеется угнетение андрогенной функции коры надпочечников, повышение экскреции экстрогенов и глюкокортикоидов, а также тенденция к снижению функциональной активности щитовидной железы.

А.И. Поспелов (1875) первым из русских дерматологов стал рассматривать гнездную плешивость как трофоневроз, что позднее было подтверждено экспериментально M. Joseph (1896), Н. Москаленко и В. Тер-Григорьянцем (1898), вызвавшим гнездное облысение у собак и кошек после удаления шейного узла. А.Я. Брайловский (1957) у таких больных обнаружил патологические нарушения корковой динамики.

Н.А. Торсуев (1937) первый описал гистоморфологические изменения нервов кожи при гнездном облысении, что было подтверждено Г.Ф. Романенко (1950, 1958) и Е.Е. Кисиным (1958). Е.Е. Кисин (1958) отрицал значение фокальной инфекции, сифилиса и эндокринных расстройств в механизме выпадения волос при этом дерматозе. С.Н. Богданович с соавт. (1962) обнаружил у больных с гнездной плешивостью эндокринные и витаминные нарушения, а Г.И. Марзеева и С.Н. Ниловская (1964) — расстройства липоидного обмена.

Семейные заболевания гнездной плешивостью наблюдал С.Л. Фейгин (1961), а групповое в детском саду — И.Н. Винокуров и М.И. Либерман (1965), В.В. Винниченко (1968) и др. При этом заболевании Н.И. Тумашева и В.М. Лещенко (1964) нашли повышенные титры антистрептолизина и антигиалуронидазы. П.В. Никольский (1900) описал «стригущую форму кругового выпадения волос» — своеобразный вариант гнездной плешивости, при которой происходит обламывание волос кругами. А.М. Ариевич (1946) предложил гомеопатические дозы уксуснокислого таллия, который, по данным С.М. Гитмана (1958), у некоторых больных стимулирует рост волос, Л.Н. Машкиллейсон и А.А. Фельдман (1931) рекомендовал косвенную рентгенотерапию, А.Я. Брайловский (1962) — новокаиновую блокаду, а В.Т. Глухенький с со-

авт. (1964) — комплексную терапию с применением стероидных гормонов, оговариваясь, что при этом лечении бывает до 50% рецидивов. Комбинированное лечение кортикостероидными препаратами внутрь и местно рекомендуют Г.Я. Шарапова и М.Д. Бачкова (1958), А.К. Якубсон и Л.Н. Юдкина (1962), О.Г. Кононенко и Л.Н. Юдкина (1965) и др., О.Г. Кононко (1966) — внутрикожные инъекции гидрортизона.

Местно А.В. Брайцев и Б.М. Лебедев (1965) рекомендуют препараты, СКМ и АС, содержащие фотосенсибилизирующие вещества, А.С. Вайнштейн (1966) — препараты ундециновой кислоты, М.М. Винокуров и И.Н. Винокуров (1964) — синестрол 0,15% в креме. Об успешном лечении меладинином, бероксаном и пеуцеданилом сообщили И.Н. Винокуров с соавт. (1963), П.М. Леоненко (1961), А.А. Аковбян и К.П. Камзолова (1961), А.В. Иняхин (1964) и многие др. В.М. Богданов (1965) советует стимулин Д1 кожно-нарывного действия.

Не потеряли своего значения при легких формах гнездной алопеции препараты, содержащие нафталановый спирт, настойка перца, шпанских мушек, чилибухи и др. Популярными в свое время были «Аминат», «Банфи», «Кармазин». В настоящее время продается много различных лосьонов для укрепления волос, которые иногда дают лечебный эффект, а часто действуют как плацебо.

Большой вклад в проблему болезней волос внесла А.С. Гусарова, которая заведовала отделением в институте косметологии с 1957 по 1979 гг. Она впервые изучила функциональное состояние половых желез при себорейном выпадении волос и разработала новые методы наружного применения половых гормонов под контролем объективных тестов для лечения больных при данном заболевании. В 1969 г. она защитила докторскую диссертацию на тему «Материалы к патогинезу и лечению больных выподением волос наружным применением синтетических половых гормонов».

Под ее руководством выполнено несколько диссертационных работ, посвященных болезням волос.

В 1930 г. в СССР была организована Московская врачебно-косметическая лечебница (МВКЛ) кооперативной организацией Мосгорбыт промсоюза. Лечебница состояла из отдельных маленьких кабинетов, в которых начинали работать врачи-дерматологи. В 1939 г. эта косметическая лечебница была переведена в систему Управления хозрасчетными лечебными учреждениями Мосгорздравотдела. Большую организаторскую работу проделали первые руководители лечебницы: С.Я. Газарова, В.И. Висулас, М.Д. Муругов, И.А. Хромченко, М.Г. Поликарпова, Д.И. Ласс и др.

Так начала свою работу врачебно-косметическая лечебница, располагавшаяся сначала в Камергерском переулке (ныне проезд Художественного театра), который в настоящее время называется «Институтом красоты» на Арбате (А.Ф. Ахабадзе, Е.И. Рыжкова, 1979).

В 1934 г. на Международном конгрессе дерматологов в Бухаресте слово «косметика» было заменено термином «косметология». В 1935 г. в Москве издано руководство Р.А. Фридмана по производству, применению и анализу косметических средств.

9.3. ОРГАНИЗАЦИЯ МОСКОВСКОГО НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ИНСТИТУТА

В 1937 г. в Москве был организован Институт красоты и здоровья, а в городах Сочи и Кисловодске были открыты его филиалы.

Во время Великой Отечественной войны Институт и его филиалы закрылись. После окончания войны в 1945 г. в Москве возобновил свою работу Институт красоты и гигиены Министерства пищевой промышленности СССР, который в 1952 г. перешел в ведение Министерства здравоохранения СССР и переименован в Институт врачебной косметики.

К этому времени отечественная косметическая промышленность стала передовой, а производство косметических средств находится под постоянным контролем учреждений Министерства здравоохранения СССР (Р.А. Фридман, 1975).

В 1966 г. Институт врачебной косметики был реорганизован в Московский научно-исследовательский институт косметологии Министерства здравоохранения РСФСР, который явился организационно-методическим центром в стране в области косметологии. К началу 1975 г. в СССР было 160 подобных учреждений (5 поликлиник, 19 врачебно-косметологических лечебниц, 134 кабинета). Постепенно происходило не только увеличение количества учреждений, но и качественная их перестройка.

Организатором и первым директором Научно-исследовательского института косметологии Минздрава РСФСР с 1966 по 1987 гг. была Антонина Федоровна Ахабадзе (1922–1988). В 1967 г. она защитила кандидатскую диссертацию, посвященную изучению потребности населения в косметологической помощи.



Рис. 29. **Зал ожидания Московского института врачебной косметики**

За 21 год руководства НИИ косметологии МЗ РСФСР А.Ф. Ахабадзе основное внимание уделяла организации косметологической службы в нашей стране. Она является автором более 150 научных работ, справочников и сборников, посвященных различным проблемам отечественной косметологии. Под ее руководством в НИИ косметологии были организованы отделения дерматокосметологии и косметической хирургии. Научная деятельность А.Ф. Ахабадзе получила признание не только в России, но и за рубежом.

Заместителем директора по науке была проф. А.П. Хрунова с 1971 по 1988 гг. Под ее руководством проведен ряд научных исследований и выполнено несколько диссертационных работ по косметологии.

Главным врачом с 1975 по 1988 гг. была Н.П. Истомина. За вклад в развитие отечественной косметологии, открытия новых подразделений института и оснащение их современным оборудованием. Н.П Истомина в 1976 г. была награждена правительственной наградой-орденом «Знак Почета».

С 1966 г. в институте начал работу отдел экспертизы косметических средств под руководством Л.А. Крикун и Б.М. Соловьёва. С 1973 г. отдел под руководством проф. Н.Б. Королевой проводил исследования по апробации парфюмерно-косметической продукции отечественного и зарубежного производства. Под руководством проф. Н.Б. Королевой выполнили и защитили кандидатские диссертации Т.Н. Алешинкова, О.М. Бурылина, Л.П. Гурочкина и другие сотрудники отделения. О.М. Бурылина, З.Я. Залем имеют более 20 авторских свидетельств и являются заслуженными изобретателями.

С 1990 г. отдел экспертизы и создания новых косметологических средств переименован в Испытательный лабораторный центр, который под руководством экспертов к.м.н. Э.К. Кованової, а с 1998 г. к.б.н. О.Ю. Тимофеевой-Дубовской проводит: 1) оценку безопасности парфюмерно-косметической продукции, косметического сырья в соответствии с нормами ГСЭНадзора (экспериментальные клинические исследования, токсикологические исследования, микробиологические и физико-химические исследования); 2) оценку медико-потребительских свойств (эффективности) косметической продукции согласно установленным Европейским стандартам.

Лаборатория по производству косметических средств является структурным подразделением института с момента его организации, которой заведовали: Ф.Д. Смирнова до 1978 г., к.б.н. К.И. Трухманова до 1990 г., И.В. Тимофеева до 1995 г. В настоящее время работой лаборатории руководит к.б.н. Т.М. Ильина.

За последнее время косметология начала привлекать к себе внимание как научных работников, так и большой массы практических врачей. На страницах специальных и общемедицинских журналов чаще начали пе-

чататься статьи, посвященные актуальным вопросам дерматокосметологии, а также монографии, пособия и руководство по косметологии. Разработаны методические рекомендации по поиску, систематизации и хранению информации в области дерматокосметологии (М.С. Васильева, 1978). Современная косметология широко использует достижения физиологии, гигиены, биохимии, фармакологии, хирургии, физиотерапии, генетики и других наук. Подводятся итоги научных достижений в этой области медицины и их внедрения в практику здравоохранения. Большой вклад в развитие отечественной косметологии внесли А.И. Поспелов, М.М. Желтаков, А.И. Картамышев, К.Р. Аствацатуров, В.Я. Арутюнов, А.Ф. Ахабадзе, М.А. Розентул, И.И. Кольгуненко и другие.

Вопросам врачебной косметологии были посвящены монографии З.С. Залкинда (1956), Д.И. Ласс и М.Г. Поликарповой (1954), К.Г. Сысолин (1957), А.И. Картамышева и В.А. Арнольд (1955, 1964), Р. Фридман (1935, 1964) и другие. Опытом работы кабинета врачебной косметики поделился Н.И. Миронов (1964), Л.И. Жак (1964), А.Ф. Ахабадзе и В.Я. Арутюнов (1986). Опубликованы справочники по косметике под редакцией М.А. Розентул (1964), А.Ф. Ахабадзе (1974), Д.Н. Андреевой (1978), Б.Т. Глухенького (1989).

А.Ф. Ахабадзе (1967, 1977), И.И. Кольгуненко (1966) сообщили результаты косметических операций по устранению возрастных дефектов кожи лица. особо ценной является монография И.И. Когульченко «Основы геронтокосметологии» (1974), в которой автор впервые в отечественной косметологии разработала методы общей гериатрической терапии и профилактики, косметологической гериатрии.

Не случайно в настоящее время медицинскую косметику специалисты предлагают назвать эстетической медициной. Это широкое понятие, включающее в себя косметические, гигиенические и профилактические мероприятия по уходу за кожей и ее придатками, а также наиболее точно отражает проблемы современной научной косметологии.

Стремление к эстетическому совершенству тела вызвало большой интерес среди населения к оперативному исправлению передней стенки живота, молочных желез, бедер, ягодиц. Дефекты этих областей угнетают женщин не меньше, чем косметические недостатки лица, мешают им носить соот-



Рис. 30. **Титульный лист монографии И.И.Когульненко**

ветствующую одежду, посещать пляжи, бассейны и т.д. Нередко эти недостатки возникают после беременности и родов И.А. Фришберг (1984).

Косметическая (эстетическая) хирургия особенно интенсивно начала развиваться в 1952 г. в организованном институте врачебной косметики на ул. Горького, 19, первым директором которого был И.В. Курковский. Разрабатывались определенные вмешательства по устранению различных деформаций носа (его удлинение, устранение западания, горба, искривление), деформаций губ, ушных раковин, удаление гемангиом, невусов, татуировок, избытков кожи лица (морщины лба, век, подбородка, шеи), а также операции по поводу устранения избытка жира на животе, бёдрах, изменения формы молочных желез и т.д.

Первым заведующим хирургического отделения института врачебной косметики был Г.И. Пакович. В дальнейшем хирургическим отделением заведовал Г.В. Кручинский, Л.А. Крикун, К.Ф. Сибилева и др.

Вышедшая в 1965 г. книга «Косметические операции на лице» под редакцией Н.М. Михельсона, написанная хирургами этого отделения, стала руководством для врачей, интересующихся пластической хирургией.

В 1984 г. вышла в свет монография И.А. Фришберга «Косметические операции на лице», в 1996 г. — А.И. Козина «Эстетическая хирургия врожденных расщелин лица», а затем книга И.А. Фришберга «Хирургическая коррекция косметических дефектов женских грудей» (1997) — все эти рботы отражали современные достижения пластической хирургии по данным проблемам.

В течение последних нескольких десятилетий научные исследования в области естествознания, химии и медицины продвинулись очень далеко вперед, что нашло свое отражение и в области косметологии. Сегодня уже нет смысла напоминать о необходимости соблюдения, чистоты, о мытье кожи и ухода за ней, а следует говорить о том, как этого следует достигнуть.

Особый интерес представляет так называемая промышленная косметика, целью которой является создание и использование соответствующих защитных (барьерных) кремов и других средств, предохраняющих прямое действие профессиональных вредностей таких, как щелочи, кислоты, масла, нитрокрасители и другие.

Кроме того, актуальная проблема соответствующих средств (смягчающих, не раздражающих) для мытья после работы.

С успехом разрабатываются средства ухода за кожей детей и младенцев, развивается также мужская косметика. Рассматриваются психологические и социальные аспекты косметологии, создаются условия, удовлетворяющие стремление к эстетическому совершенству.

В связи с этим разрабатываются вопросы планирования и прогнозирования оказания косметологической помощи населению, ее нормативы и другие организационные вопросы. А.Ф. Ахабадзе (1977, 1973, 1968).

А.Ф. Ахабадзе и А.А. Студницин (1977) наметили также пути дальнейшего развития и перспективы косметологии в нашей стране и указали, что в настоящее время оно идет по тому же направлению, как и в других странах (Англия, Италия, Франция, США, ФРГ и др.). Основой косметологии нашей страны является сочетание профилактических мероприятий по укреплению здоровья населения, привитие необходимых гигиенических навыков по уходу за кожей, лечение и устранение заболеваний и косметических дефектов.

С 1987 по 1998 гг. институтом руководил проф. Писаренко Михаил Филиппович. За время его руководства проведен ряд организационных мероприятий в работе института. Под его редакцией опубликовано два сборника научных трудов сотрудников института.

Под руководством М.Ф. Писаренко в 1989 г. на базе НИИ косметологии организовано научно-практическое объединение (НПО) «Косметология МЗ РСФСР» в составе Московского научно-исследовательского института косметологии с хозрасчетной поликлиникой (головная организация), Краснодарской и Сочинской косметологических лечебниц, задачами которого являлись организация и внедрение разработок по основным проблемам косметологии, совершенствование методов профилактики, диагностики и лечения косметических недостатков и заболеваний кожи, развитие косметической гериатрии, расширение детской косметической хирургии и др. К тому периоду времени в Российской Федерации организованы косметические службы в городах: Астрахань, Брянск, Владивосток, Кисловодск, Курган, Курск, Якутск и др. В Российской Федерации функционировало более 90 лечебно-косметологических учреждений, в которых работало около 700 врачей и 1,5 тыс. косметичек (М.Ф. Писаренко, 1989).

С 1998 г. институт возглавляет доктор медицинских наук, член Американской Академии лицевой, пластической и реконструктивной хирургии, профессор Владимир Алексеевич Виссарионов.

Свою трудовую деятельность В.А. Виссарионов начал в институте молодым врачом в 1976 г. Он является учеником научной классической школы пластической хирургии института косметологии, проявил себя талантливым ученым и хирургом. В 1982 г. В.А. Виссарионов защитил кандидатскую диссертацию «Скользящий лоскут в реконструктивной хирургии деформацией после хейлопластики по поводу односторонней врожденной расщелины верхней губы», а в 1989 г. — докторскую диссертацию на тему: «Реконструктивная хейлоринопластика в системе мероприятий по медицинской реабилитации больных с врожденными расщелинами верхней губы».

В 1998 г. возобновил работу Ученый совет института, председателем которого является проф. В.А. Виссарионов. Ежемесячно проводятся научные врачебные конференции, посвященные актуальным проблемам

современной косметологии, а также конференции молодых ученых. В этом же году НПО «Косметология» переименован в ФГУП Институт пластической хирургии и косметологии МЗ РФ.

Под редакцией проф. В.А. Виссарионова опубликовано два сборника научных трудов «Актуальные вопросы пластической, эстетической хирургии и дерматокосметологии» (1998, 2001), посвященных актуальным вопросам современной косметологии. Первый из них посвящен памяти первого директора института А.Ф. Ахабадзе. Под его же редакцией опубликован сборник научных трудов «Новые аспекты системной энзимотерапии» (2001), в котором впервые в мировой и отечественной хирургии, дерматологии, педиатрии и других специальностях обобщены методы применения системной энзимотерапии.

Проф. В.А. Виссарионов является автором более 250 научных печатных работ, из них несколько монографий и методических пособий посвящено различным вопросам пластической хирургии. Под его руководством выполнено и защищено 12 кандидатских и 4 докторских диссертаций по реконструктивной и пластической хирургии.

За научный вклад в развитие отечественной пластической и реконструктивной хирургии в апреле 2002 г. проф. В.А. Виссарионов награжден медалями имени «Е.Р. Дашковой» и «И.И. Мечникова».

Отделение института эстетической и пластической хирургии разрабатывает вопросы хирургической коррекции изменения фигуры: липосакция, реконструкция передней стенки живота, молочных желез, внутритканевое введение гидрогелей, пластические операции в области ушных раковин и носа, верхней губы и неба, коррекция различных деформаций кожи лица и тела.

Большие успехи достигнуты в разработке пластических операций врожденных и приобретенных дефектов и деформаций лица, ушных раковин и т.д. Большой научный вклад в развитие отечественной пластической хирургии в разное время внесли сотрудники хирургического отделения А.Т. Груздева, И.А. Козин, К.Ф. Сибилева, И.А. Фришберг и многие другие.

В апреле 2002 г. за научный вклад в развитие отечественной пластической и реконструктивной хирургии институт награжден медалью «Е.Р. Дашковой».

В институте внедряются и совершенствуются современные методы удаления различных новообразований кожи, дермабразия, криодеструкция, электрокоагуляция, методы лазерного воздействия на кожу и др. Высококвалифицированные специалисты могут решить любые проблемы современной косметологии. В поликлинике института проводится прием хирургов, врачей–дерматокосметологов, онколога, гинеколога, эндокринолога и других смежный специалистов. В отделении дерматокосметологии, кроме приема врачей, проводится вапоризация с последующими чистками, дезинкрустация, ионофорез с лекарственными препаратами, массажи (косметический, лечебный и пластический по Жаке), с

использованием лечебных и косметических масок, со средствами, разработанными технологической лабораторией института, био- и электроэпиляции, криомассаж, броссаж (щёточный пилинг), волосолечение, а также физиотерапевтические процедуры, которые помогают решать некоторые вопросы геронтокосметологии.

Врачебные процедуры включают в себя ионооксигенотерапию, «Ботокс», пилинги с гликолевой кислотой, удаление новообразований радиоволновыми методами, электрокоагуляцией, а также мезотерапию лица и тела.

В институте проводится один из современных методов микрошлифовки кожи лица специальным аппаратом фирмы «Дина-Дерм». Очень мелкие кристаллы оксида алюминия под давлением воздуха безболезненно снимают слой клеток эпидермиса, постепенно устраняя различные морщины кожи лица, расширенные поры сальных желез, мелкие рубцы и другие косметические недостатки.

В конце 90-х годов прошлого века в отделении дерматохирургии при операциях дермабразии стала применяться внутривенная анестезия, что значительно повысило качество проведения операций (Т.И. Жигульцова, Л.В. Паркаева, 2000; В.К. Ермолаев, 2001).

А.Г. Стенько (2001) разработала метод клинико-морфологического алгоритма диагностики и лечения келоидных рубцов локализованным

Схема клинического алгоритма косметологической коррекции возрастных изменений тканей лица (О.С. Панова, 2001)

Классы	*Вид лечения*
I А	Токсин ботулизма; консервативные косметологические процедуры
I Б	Консервативные косметологические процедуры; токсин ботулизма; препараты гиалуроновой кислоты для введения в поверхностные и средние слои дермы
II А	Консервативные косметологические процедуры; токсин ботулизма; препараты гиалуроновой кислоты для введения в средние и глубокие слои дермы; поверхностные и срединные химические пилинги или дермабразия эрбиевым лазером
II Б	Консервативные косметологические процедуры; трансконъюктивальная блефаропластика нижних век; токсин ботулизма; препараты гиалуроновой кислоты для введения в средние и глубокие слои дермы; поверхностные и срединные химические пилинги или дермабразия эрбиевым лазером

II В	Консервативные косметологические процедуры; трансконъюктивальная блефаропластика нижних век; инъекционные имплантаты; препараты токсина ботулизма; поверхностные и срединные химические пилинги или дермабразия эрбиевым лазером; CO2 лазерная дермабразия
III А	Консервативные косметологические процедуры; классическая блефаропластика верхних и нижних век; инъекционные имплантаты; препараты токсина ботулизма; средняя и глубокая дермабразия эрбиевым лазером и CO2- лазером, механическая дермабразия
III Б, В	Консервативные косметологические процедуры; классические пластические операции по устранению избытков кожи век, лица и шеи; глубокая CO2 лазерная или механическая дермабразия; инъекционные имплантаты; препараты токсина ботулизма

замораживанием ткани келоида с предварительным облучением рубца полем СВЧ-диапазона.

О.С. Панова (2001) на основании клинических результатов разработала алгоритмическую модель оптимального сочетания современных методик на основе классификации возрастных изменений кожи лица для получения эстетического эффекта и сохранения достигнутых результатов на более длительный срок.

При этом необходимо соблюдать последовательность, предложенную автором:

1. инъекционные имплантаты вводить через 2–4 недели после дермабразии и пластических операций;
2. препараты токсина ботулизма вводить за 2 недели до лазерной дермабразии и через 3-4 недели после пластических операций;
3. нецелесообразность введения инъекционных имплантатов и препаратов токсина ботулизма одновременно в одни и те же участки.

Обобщая результаты исследований на основании Отраслевого классификатора «Простые медицинские услуги» (приказ МЗ РФ №113 от 10.04.2001), О.С. Панова (2001) разработала унифицированную классификацию косметологических услуг, построенную по принципу функциональной градации косметологических учреждений, которая, по мнению автора, является ориентиром определения стратегических направлений совершенствования косметологической помощи населению страны.

ГРУППА А. *Медицинские косметологические учреждения различной формы собственности, осуществляющие полный спектр диагностических, лечебных и профилактических косметологических процедур 1 и 2 сертификационной степени, а также сложные хирургические вмешательства в рамках амбулаторной и стационарной медицинской косметологической помощи*

Структура штатной численности (в % от общего числа работающих):

врачи	25%
ср. медперс.	45%
мл. медперс.	15%
админ. перс.	15%

Объем посещений/год: не менее 10 000 тыс. посещений

ГРУППА Б. *Оздоровительные медико-профилактические учреждения, имеющие в своем составе косметологическое отделение (кабинет), оказывающие широкий перечень лечебно-профилактических услуг 2 и 3 сертификационной степени, включая инвазивные и хирургические методы коррекции косметических недостатков кожи на амбулаторно-поликлиническом уровне*

Структура штатной численности (в % от общего числа работающих):

врачи	10%
ср. медперс.	65%
мл. медперс.	10%
админ. перс.	15%

Объем посещений/год: не менее 5 тыс. посещений

ГРУППА В. *Косметологические учреждения, оказывающие лечебно-профилактические услуги 3 сертификационной степени, исключая хирургические вмешательства*

Структура штатной численности (в % от общего числа работающих):

врачи	<5%
ср. медперс.	90%
мл. медперс.	1%
админ. перс.	4%

Объем посещений/год: менее 3 тыс. посещений

ГРУППА Г. *Учреждения эстети-ческого профиля, оказывающие кос-метические услуги исключительно профилактического характера, процедуры декоративной косметики, маникюр, педикюр*

Структура штатной численности (в % от общего числа работающих):

врачи	–
ср. медперс.	<1%
мл. медперс.	1%
админ. перс.	4%

немедицинский персонал (парикмахеры, массажисты, маникюрши и т.д.) — 93%

Объем посещений/год: менее 3 тыс. посещений

Структурная схема и классификационные признаки косметологических учреждений (по степени оказываемых услуг) (О.С. Панова, 2001)

А.А. Кубанова и О.С. Панова (2002) отмечают, что в настоящее время многие косметологические салоны, лечебницы и кабинеты работают самостоятельно в виде акционерных обществ, товариществ с ограниченной ответственностью, медицинских кооперативов и других различных форм собственности. Целесообразностью усиления контроля за их работой объясняется увеличение уровня потребления косметологических услуг, поэтому возникли проблемы лицензирования и аккредитации таких медицинских учреждений.

Оценкой качества косметологической помощи населению являются: эффективность, экономичность, адекватность, достижения научно-технического уровня и другие компоненты. Контроль за качеством косметологической помощи проводится как внутриведомственными учреждениями системы здравоохранения, так и вневедомственными экспертами страховых компаний.

Необходимо расширить пропаганду гигиенических знаний, которые в первую очередь будут способствовать правильному уходу за кожей, волосами, ногтями, а также в соответствии с образом жизни и профессией — правильному режиму труда, отдыха и спорта.

В учебном центре Института пластической хирургии и косметологии работают курсы по подготовке специалистов в области косметологии.

Таким образом, развитие косметологии имеет многовековую историю и неразрывно связано с культурой народов. Особенно значительное развитие косметология получила за последнее время и продолжает успешно развиваться как наука как в нашей стране, так и в других странах мира.

Литература

1. АХАБАДЗЕ А.Ф., РЫЖКОВА Е.И. Санитарно-просветительная работа по вопросам профилактики и лечения дерматокосметических заболеваний и косметических недостатков (методические рекомендации). М., 1979.

2. АХАБАДЗЕ А.Ф., ВАСИЛЬЕВА М.С. Развитие и достижения отечественной косметологии. В кн. «Достижения отечественной косметологии». М., 1977, с. 5–35.

3. АХАБАДЗЕ А.Ф. К вопросу о планировании и прогнозировании развития косметологической помощи населению. В кн. «Актуальные вопросы косметологии». М., с. 7–10.

4. АХАБАДЗЕ А.Ф., СТУДИНИЦЫН А.А. Состояние косметологии в настоящее время и перспективы ее развития к 1990 г. Вестник дерматологии и венерологии. 1977, №7, с. 6–9.

5. АХАБАДЗЕ А.Ф., ХРУНОВА А.П. Итоги научно-практической деятельности МНИИ косметологии за пять лет. 1971–1975. В кн. «Актуальные вопросы косметологии». М., 1977, с. 3–6.

6. АХАБАДЗЕ А.Ф. История развития косметики. В кн. «Сборник трудов института косметологии». М., 1968, с. 3–15.

7. БАГДАСАРЬЯН С.М. Медицина Древнего Египта. В кн. «Вопросы истории медицины». М. 1959, с. 5–21.

8. БАРЧЕНКО И.П., ВАНХАНЕН В.Д., ПЕТРОВСКИЙ К.С., ЧИСТЯКОВА А.М. Очерки истории отечественной гигиенической науки о питании. М., 1975.

9. БЕЛОВА Л.В. Вклад Абу Али Ибн Сины в косметологию. Советское здравоохранение. 1984, №9, с. 53–56.

10. БОБКОВА К.П., ПЧЕЛКИНА Т.В. Из истории косметики. В кн. «Справочник по медицинской косметике». М., 1978, с. 3-6.

11. БОГОЯВЛЕНСКИЙ Н.А. Древнерусское врачевание в X–XVII веках. М., 1960.

12. БОГОЯВЛЕНСКИЙ Н.А. О некоторых элементах гигиены и санитарии в быту древней Руси. Гигиена и санитария. 1948, №3, с. 43–48.

13. БОГОЯВЛЕНСКИЙ Н.А. Хирургия у русского народа по данным старых рукописных лечебников. Вестник хирургии. 1947, №6, с. 46–51.

14. БОРОДУЛИН Ф.Р. Медицина в Древнем Риме. В кн. «История медицины». М., 1961, с. 102–120.

15. ВИССАРИОНОВ В.А., СМИРНОВА Н.С. Перспективные направления в косметологии. В кн.: Тезисы научных работ VIII съезда дерматологов. Ч. 1, М., 2001, с. 2–3.

16. ВЫСОЦКИЙ Н.Ф. Роль женщины в истории нашей медицины. Казань, 1908.

17. ГЕГЕЛЬ Г. Эстетика. М., 1968, т. 1–4.

18. ГУСАКОВ Н.И. Развитие пластической хирургии в России. В кн.; Актуальные вопросы пластической, эстетической хирургии и дерматокосметологии. М., 2004, с. 57–70.

19. ГУСАКОВ Н.И. Современные проблемы акне. В сб.: Актуальные вопросы пластической, эстетической хирургии и дермотокосметологии. М., 2001, с. 78–80.

20. ГУСАКОВ Н.И. От косметики до косметологии. М., 1993.

21. ДРЕВИНСКАЯ О.К., КОВЗАН К.Л. Уход за красотой, гигиена и косметика. М., 1907.

22. КОВНЕР С.Г. История средневековой медицины. Киев, 1893.

23. КОВНЕР С.Г. Медицина в Индии. В кн. «История медицины». Киев, 1878, ч. I, с. 31–87.

24. КОЗИН А.И. Эстетическая хирургия врожденных расщелин лица. М., 1996.

25. КОЛЬГУНЕНКО И.И. Основы геронтокосметологии. М., 1974.

26. Костюм (статья) Энциклопедический словарь. Изд. Ф.А. Брокгауза и И.А. Ефрона. СПб, 1895, т. XVI, с. 415–420.

27. КУБАНОВА А.А., ПАНОВА О.С. Оценка качества оказания квалифицированной медицинской помощи в дерматокосметологической практике. Вестник дерматологии и венерологии. 2002, №1, с. 72–76.

28. ЛОСЕВ А.Ф. Античная мифология в ее историческом развитии. М., 1957.

29. МАРЖЕЦКИЙ С.И. Руководство по врачебной косметике и лечению волос. М., 1911.

30. МИРСКИЙ М.Б. Хирургия от древности до современности. М., 2000.

31. МИХЕЛЬСОН Н.М., КРУЧИНСКИЙ Г.В., КРИКУН Л.А., ПАКОВИЧ Г.И., СИБИЛЕВА К.Ф. Косметические операции лица. М., 1965.

32. МОНАХОВ С.А. — Дендрарий косметолога. М., 2006.
33. ПАНОВА О.С. Теоретические и прикладные аспекты современной дерматокосметологии. Автореф. дисс. докт. мед. наук. М., 2001.
34. ПИСАРЕНКО М.Ф. Состояние и пути совершенствования косметологической службы. В кн. «Диагностика, профилактика и лечение косметических недостатков и заболеваний». М., 1989, с. 4–7.
35. ПРЫГОВА Н.М. Медицина в Ацтекском государстве. Автореф. дисс. канд., М., 1981.
36. СЛЕПКОВА Л.К. Виды косметического массажа. В кн.: Практическое пособие для косметичек-массажисток. М., 1974, с. 92–125.
37. СЛЕТОВ Н.В. Курс врачебной косметики для врачей и публики. М., 1910.
38. СПЕРАНСКИЙ М.Н. Из истории отреченных книг: IV. «Аристотелевы врата» или «Тайная тайных». Памятники древней письменности и искусств. СПб, 1908.
39. ФЕДОРОВА Е.В. Люди имперского Рима. М., 1990.
40. ФРИДМАН Р.А. Парфюмерия и косметика. М., 1975.
41. ФРИШБЕРГ И.А. Хирургическая коррекция косметических дефектов женских грудей. М., 1997.
42. ФРИШБЕРГ И.А. Косметические операции на лице. М., 1984.
43. ЦЕЛЬС А.К. О медицине (в 8 книгах). Пер. с латинского. М., 1959.
44. BUSSI L. Sesse e sessueloqia dallapreisteria ai qierni mestri. Minerva med. 1977, 68, 26, 1809–1826.
45. BRANDERBURG D. Die Bader des Sltertums in romischer Zeit. Гrzitl.Kosmetol., 1986, 16, 2, 149–160.
46. BRANDERBURG D. Duftsteffa aus bibliacher Zeit. Parfums und Rrucherwerk im Altertum. Гrzitl. Kosmetol., 1985, 15, 4, 272–280.
47. BRANDERBURG D. Weihrauch,Moschus und Seide. Der Handel mit Dregen und Spezerein in Altertum. Гrztl. Kosmetol., 1985, 15, 2, 137–146.
48. BRANDERBURG D. Dermatelegie und Kosmetik bei Herodet. Гrzitl.Kosmetol., 1984, 14, 3, 260-270.
49. CUMSTON C. An Intreduction te the History of Medicine. New York: Alfred A., Knopf, 1926.
50. EISENBERG I. A History of Rninoplasty. S. Afr. Med. J., 1982, 62, 9 286–292.
51. FORBES T. Why is it Called «beautiful Lady» A Note on Belladonna. Bull. N.Y. Acad. Med., 1977, 53, 4, 403–406.
52. FRACCAROLLI G. La denna e Le sport. Aspetti atorici, seciali, psicoloqi. Med.soc. (Terine), 1979, 29, 2 99-105.
53. FREITAQ H. Kosmetik, Eine Uberaicht der berufilochen Wandlunqen und Konsegueureu. Juferm. Гrzitl., 1979, 7, 5, 101.
54. GAMMAL S. Ancient Egyptian aromatics. Hamdard, 1986, 29, (1/2), 93–103.
55. GARRISON F. An Intreduction te the History of Medicine. Philadelphia. WB, Saunders, 1917.
56. HAUBEN D. Aulus (Aurelius) Cernelius Celsus (25.v.N. 5 on.n.) — Vater der plastiaschen Chirurqi. Lbl. Chir., 1984, 109, 6, 441–443.
57. HAUBEN D. Rebert Listors Life anr work in the Renaissance of Plastic Surgery. Ann. Plast. Surg., 1983, 10, 6, 502–509.
58. KLEISS E. Tribut der Schonheit ver 4000 Jahren Kosmetik im altem Aqypten. Aeztl. Kosmetol., 1984, 14, 4, 293–313.
59. KOLTA K. Weqe zur Verjьnqurq in der Medizin Altдqyptens. Munch.med.Wach., 1987, 129, 38, 675–676.

60. KLEINE-NATROP H.E. Kosmetik, Kosmetikehemic und dermatoloqie. Skizze qemeinsamer Probleme aus der Sicht res Dermatoloqen. Derm. Wschr., 1977, 163, 7, 513–522.
61. LECKY E. Aesthetische Medisin. 1960, 7, 199–210.
62. MENCK H. Das Badewesen in Mittelalter. Forum Ummelt Hyq., 1977, 28, 4, 124–128.
63. MIMRA J. Zaklady Medcruicesmetiky. Praha, 1959, s. 10–16.
64. PASCHKIS H. Kosmetik fur Arst. Wien, 1911.
65. PANKHURST R. The thermal bathe of traditional Ethiopis. J. Hist. Med. Med. Allied Soi., 1986, 41, 3, 308–318.
66. TITUS P. Cosmetoloqy. Ohie, 1946.
67. ULLMAN M. Die Medisin im Islam. Leiden, 1870.
68. VON CRABERD M. Kosmetik in der Kulturqeschichte, Sonderaussatelluna imRahmen der Kosmetikaqe. Karlsruhe, 1977, 25, 28, 3.
69. Wall F. Cosmeties, Soience a Technoloqy. London, 1957.
70. WITHINQTON E. Medical History from the Earliest Times. London, 1964.

Глава 10

ЗНАЧЕНИЕ НАРКОМЗДРАВА В РАЗВИТИИ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ

25 марта 1918 г. постановлением Петроградского Совета был утвержден комиссариат здравоохранения Петроградской трудовой коммуны во главе с Е.П. Первухиным. Сначала при нём были созданы больнично-госпитальный отдел, медико-санитарный, отдел снабжения, тюремно-медицинский, школьно-санитарный, санитарного транспорта, военной санитарии, судебной медицины, ветеринарный и фармацевтический отделы, технический, счетно-финансовый, материальный, бюро печати и информации с печатным органом «Известия комздрава». В дальнейшем при комиссариате были созданы венерологический совет, совет охраны материнства и младенчества, отдел борьбы с туберкулёзом, контрольно-инфекционный, статистический и другие. В работе венерологического совета отмечались значительные успехи. В первую очередь была значительно расширена амбулаторная сеть по обслуживанию венерологических больных с 9 городских амбулаторий до 32 с увеличением числа приёмов с 48 до 162.

Наряду с расширением амбулаторной сети была реконструирована единственная в Петрограде Алафузовская венерологическая мужская амбулатория. Намечено также открытие специальной больницы для лечения детей с венерическими заболеваниями. Во всех амбулаториях начался учёт больных венерическими заболеваниями, который распространился и на все лечебные учреждения военного и морского ведомства. Улучшено снабжение больниц сальварсаном с предварительным исследованием закупленного препарата. Разработано положение по организации центральной лаборатории для постановки реакции Вассермана и других специальных лабораторных исследований. Венерологическим советом Комиссариата здравоохранения Петроградской трудовой коммуны организованы также лекции по вопросам профилактики венерических болезней, читаемых на заводах и фабриках, в армейских казармах. Усилиями венерологического совета был создан также отдел-выставка музея здравоохранения. В целях популяризации сведений о венерических болезнях были отпечатаны специальные объявления и листовки, которые распространялись среди больных. Были разработаны вопросы врачебной тайны, положения об обязательном осмотре рабо-

чих и служащих. А возникший в венерологическом совете вопрос о проституции обсуждался в 1919 г. на специальном совещании.

25 апреля 1918 г. при Комздраве по предложению Е.П. Первухина в Петрограде была организована комиссия по борьбе с венерическими заболеваниями. Позже она превратилась в венерологический совет, работавший при женском медицинском институте. В его состав вошли такие видные ученые, как С.Я. Кульнев, Т.П. Павлов, Г.В. Шор, С.П. Федоров, О.В. Петерсон, А.А. Сахновская, О.Н. Подвысоцкая, З.Я. Ельцина и др. Необходимо отметить, что в Женском медицинском институте часто проходили заседания венерологического совета Комиссариата здравоохранения Петроградской трудовой коммуны, которому принадлежит инициатива борьбы с венерическими заболеваниями и проституцией в Петрограде в 1918–1919 гг.[1]

Деятельность венерологического совета была разносторонней: организация и расширение помощи венерическим больным и больным заразными кожными болезнями, санитарное просвещение, разработка положения о врачебной тайне, положение о курсах усовершенствования врачей и среднего медицинского персонала. В конце 1919 г. венсовет провёл совещание по вопросу борьбы с проституцией.

В первом постановлении Петроградской комиссии по борьбе с проституцией, в частности, указано, что «основной причиной проституции являются социально-экономические условия, эксплуатация и рабские условия жизни трудящихся женщин, периодические кризисы, выталкивающие массы женщин на улицу, безумно праздная жизнь господ — вот условия, которые создавали из женщины проститутку». Поэтому основной задачей была не борьба с проституцией, а борьба с причинами, вызывающими проституцию, реальная помощь одинокой женщине и беспризорной матери. Логическим выводом была отмена регламентации проституции в 1917 г. Одновременно проводились осмотры рабочих предприятий на выявление венерических больных, рассматривались бытовые и экономические факторы, способствующие распространению венерических болезней, организовывался учёт выявленных больных.

В центральном государственном архиве РСФСР хранится «Сборник постановлений организованного при Петроградском медицинском институте венерологического совета Комиссариата здравоохранения в их кратком изложении за время с 29 апреля 1918 г. по 26 апреля 1919 г.», составленный управляющим делами совета К.В. Верховским[2]. В сборник включены постановления совета в хронологическом порядке, приложены печатные издания совета, носящие инструктивный или спра-

[1] Архив музея научно-исследовательского института социальной гигиены и организации здравоохранения им. Н.А.Семашко. ф. 14, оп. 1, ед.хр. III, л. 25–26.
[2] ЦГА РСФСР, ф. 482, ед.хр. 4, л. 71–98.

вочный характер. Однако в данный сборник не включены положения о проституции, которые планировалось ввести в состав другого сборника.

После переезда советского правительства в Москву в марте 1918 г. в Совет вошли Н.А. Семашко, З.П. Соловьев, А.П. Голубков, И.В. Русаков, Н.А. Кост и В.С. Вейсброд.

Широкий подход к этому вопросу получил отражение в работе Всероссийской комиссии по борьбе с венерическими болезнями, созданной 29 мая 1918 г. под руководством И.С. Вегер в Москве. 29 мая 1918 г. было опубликовано обращение Всероссийской комиссии по борьбе с венерическими болезнями к местным советам, которое явилось фактически первым программным документом советской власти в борьбе с венерическими болезнями. Совет врачебных коллегий наметил и начал осуществлять единую программу мероприятий по борьбе с инфекционными и венерическими болезнями, по организации психиатрической помощи и т.д. С этой целью при Совете врачебных коллегий были организованы также комиссии по борьбе с туберкулёзом (председатель З.П. Соловьёв), венерическими болезнями (председатель И.С. Вегер), нервно-психическими болезнями (председатель П.П. Кащенко). 22 апреля 1918 г. при Управлении медицинской коллегии НКВД, возглавляемом З.П. Соловьёвым, была организована комиссия по борьбе с венерическими болезнями в России.

Председатель комиссии по борьбе с венерическими болезнями в России И.С. Вегер в докладе Государственному комитету указывал, что «Венерические болезни: триппер и сифилис по своим последствиям и по своему влиянию на здоровье населения во много раз грознее всех тех болезней, которые обычно страшат людей: тифов, холеры, чумы и т.п.».

Надо кинуть клич: «Россия молодая, новорождённая республиканская Россия в опасности. Молодой социалистической России, народу, явившемуся передовым бойцом за социализм, первым насадителям социализма на деле грозит вымирание: ему грозит медленная, но верная смерть»[3].

И далее указывается, что «по докладу И.С. Вегера 22 апреля с.г. врачебная коллегия Управления мед.ком. Внутренних дел постановила образовать Центральную комиссию по борьбе с венерическими болезнями в России из представителей всех центральных медицинских учреждений и организаций»[4].

29 мая 1918 г. за подписью председателя Коллегии управления медицинской части Народного комиссариата внутренних дел З.П. Соловьёва всем областным, губернским, городским и уездным Советам депутатов был направлен циркуляр, в котором говорилось, что Врачебная колле-

[3] ЦГА РСФСР, д. 482, оп. 19, ед.хр. 4, л. 7.
[4] ЦГА РСФСР, д. 482, оп. 19, ед.хр. 4, л. 7.

гия Управления медицинской части Комиссариата внутренних дел постановила образовать при управлении комиссию по борьбе с венерическими болезнями в России из представителей всех центральных медицинских учреждений и организаций.

10 октября 1918 г. на комиссии обсуждалась инструкция о порядке эвакуации и лечения больных венерическими болезнями пленных и беженцев. Рассмотрен также вопрос об организации контроля над противосифилитическими препаратами.

Общероссийский съезд медико-санитарных отделов Совета, состоявшийся 15–18 июня 1918 г., разработал и направил в Совнарком РСФСР 26 июня 1918 г. докладную записку и проект декрета о создании наркомздрава РСФСР, с образованием которого Совет врачебных коллегий прекратил свое существование.

Проходивший в Москве с 15 по 18 июня 1918 г. I Всероссийский съезд медико-санитарных отделов Советов депутатов (Совдепов) положил начало новым формам управления и наметил основные вехи в деле здравоохранения в новых социально-экономических условиях. На этом съезде указывалось на необходимость борьбы с эпидемическими заболеваниями, в том числе и с венерическими, был внесён проект декрета об учреждении первого в мире самостоятельного и полноправного министерства здравоохранения Наркомздрава РСФСР, декретом от 11 июля 1918 г. Совет народных комиссаров принял решение «Об учреждении народного комиссариата здравоохранения», а 18 июля 1918 г. утвердил Положение о народном комиссариате здравоохранения РСФСР», определил его задачи, права и обязанности. Днём рождения Народного комиссариата здравоохранения является 21 июля 1918 г., когда это положение было опубликовано в «Известиях ВЦИК». Первым народным комиссаром здравоохранения был избран Н.А. Семашко, его заместителем — З.П. Соловьёв, членами коллегии были избраны П.Г. Дауге, А.П. Голубков, В.М. Бонч-Бруевич (Величкина) и Е.П. Первухин. Организованный Наркомздрав РСФСР являлся фактически руководящим и координирующим органом не только для Российской Федерации, но и для всех союзных республик. Эту роль он продолжал играть и после организации союзных и автономных республик в 1918–1922 гг. вплоть до создания СССР и организации в 1936 г. союзного Наркомздрава.

Основным ядром, вокруг которого создавался Наркомздрав РСФСР, явилось Управление медицинской частью народного комиссариата внутренних дел, заведовавшее гражданским врачебным и санитарным делом. Деятельность Наркомздрава РСФСР в первые годы советской власти была направлена на ликвидацию последствий мировой войны и в первую очередь на борьбу с эпидемиями.

15 мая 1918 г. в ведение Наркомздрава переходит периодический журнал «Известия советской медицины», с 25 вагуста переименованный в

«Известия Народного комиссариата здравоохранения», освещающий организационные вопросы советской медицины. Для установления связи с прессой в сентябре 1918 г. при Наркомздраве создается «Бюро печати». Главное военно-санитарное управление, Управление санитарной частью флота, Управление железнодорожной медициной, врачебной частью водного транспорта вошли в Наркомздрав РСФСР без существенных изменений. 18 июля 1918 г. Народным комиссариатом путей сообщения был передан Наркомздраву РСФСР Центральный медико-санитарный совет отдела путей сообщения, 21 июля в ведение Наркомздрава РСФСР перешла медико-санитарная часть Главвода с образованием медико-санитарного отдела путей и транспорта. Под руководством Наркомздрава РСФСР проходила сложнейшая работа по формированию и развитию здравоохранения во всех социалистических республиках. В труднейших условиях закладывались основы новой системы здравоохранения, а во многих национальных районах страны здравоохранение создавалось по существу заново.

1 ноября 1918 г. Комиссия по борьбе с венерическими болезнями разработала «Положение о создании при Медикосанитарных отделах губернских Совдепов губернских подотделов по борьбе с венерическими болезнями»[5] и «Положение о создании при губернских подотделах по борьбе с венерическими болезнями губернских комиссий по борьбе с венерическими болезнями»[6] под руководством заведующего подсекцией по борьбе с венерическими болезнями Наркомздрава РСФСР А.Ю. Зуева[7].

Планомерная организация борьбы с венерическими болезнями началась в 1918 г., когда 2 ноября этого года при Наркомздраве РСФСР была учреждена подсекция по борьбе с венерическими заболеваниями в пределах республики[8]. Подсекция выработала положение о борьбе с венерическими болезнями[9]. В ноябре 1918 г. при медико-санитарных отделах губернских Совдепов по предложению Наркомздрава РСФСР были образованы подотделы по борьбе с венерическими болезнями[10], а при подотделах — губернские комиссии по борьбе с венерическими болезнями[11].

На заседании венерологической подсекции от 14 ноября 1918 г. под председательством А.Ю. Зуева и секретаря В.М. Броннера была принята следующая программа работы подсекции:

1. широкое распространение среди населения сведений о заразитель-

[5] ЦГА РСФСР, ф. 482, оп. 19, ед.хр. 2, л. 2.
[6] ЦГА РСФСР, ф. 482, оп. 19, ед.хр. 2, л. 3.
[7] ЦГА РСФСР, ф. 482, оп. 19, ед.хр. 2, л. 8.
[8] ЦГАОР СССР, ф. 482, оп. 1, д. 498, л. 5.
[9] ЦГАОР СССР, ф. 482, оп. 1, д. 46, л. 45.
[10] ЦГАОР СССР, ф. 482, оп. 1, д. 46, л. 38.
[11] ЦГАОР СССР, ф. 482, оп. 1, д. 498, л. 8.

ности и вообще значении венерических болезней и о верных способах их предупреждения и лечения;

2. содействовать достаточному для практической деятельности обучению по венерологии на медицинском факультете и широкой подготовке возможно большего числа венерологов, а также совершенствование в венерологии врачей;

3. содействовать широкой постановке доступной и отвечающей современному состоянию венерологии специальных амбулаторий и больничных поликлиник больным венерическими болезнями;

4. содействовать в разработке научной венерологии и собиранию подбора статистических сведений о распространении и развитии венерических болезней среди населения республики, а также собирать периодические сообщения с мест о течении борьбы с венерическими болезнями, изучать и систематизировать все данные для разработки их в научном и практическом отношении в целях планомерной борьбы с венерическими болезнями;

5. разработать юридические нормы для предупреждения распространения венерических болезней;

6. подготовка и созыв первого венерологического Всероссийского съезда венерологов и врачей, участвующих в борьбе с венерическими болезнями[12].

Для работы венерологической подсекции А.Ю. Зуев просил Наркомздрав РСФСР выделить 10 000 рублей на второе полугодие 1918 г., на обеспечение специализированных лечебных учреждений медикаментами 200 000 рублей и на распространение знаний по борьбе с венерическими болезнями 200 000 рублей[13].

В протоколах заседаний центральной комиссии по борьбе с венерическими болезнями за август 1918 г. указывается, что комиссии выделен 1 000 000 рублей, который она получила и приступила к работе согласно принятой программе[14].

31 декабря 1918 г. при подсекции Наркомздрава РСФСР по борьбе с венерическими болезнями создана Центральная комиссия как научно-консультативный орган[15].

В 1918 г. в Москве был создан туберкулёзный диспансер, а в 1921 г. открыт венерологический диспансер — новый тип лечебно-профилактических учреждений.

Таким образом, активная борьба с венерическими заболеваниями началась с организацией Наркомздрава РСФСР и венсекцией при нём. В дальнейшем секция по борьбе с венерическими болезнями была реорганизована в отдел, при котором создана научно-консультативная

[12] ЦГА РСФСР, ф. 482, оп. 19, д. 1, л. 28.
[13] ЦГА РСФСР, ф. 482, оп. 12, д. 15, л. 17.
[14] ЦГА РСФСР, ф. 482, оп. 12, д. 1.
[15] ЦГА РСФСР, ф. 482, оп. 19, д. 2, л. 16.

комиссия по борьбе с венерическими болезнями. Активное участие в работе комиссариата принимали Н.А. Черногубов, В.В. Иванов, А.Л. Вевиоровский, Г.И. Мещерский, В.М. Броннер, П.А. Павлов, А.П. Иордан, М.П. Демьянович и С.Л. Богров.

28 ноября 1918 г. этой комиссией рассматривались вопросы статистических сведений по борьбе с венерическими болезнями для текущей деятельности. 12 декабря 1918 г. была утверждена регистрационная карточка и ведомость для сводки. Отдел совместно с комиссией разработал план своей деятельности, который обсуждался и был утверждён коллегией Наркомздрава РСФСР. Основными положениями этой программы являлись: 1) широкое распространение среди населения сведений о значении венерических болезней, их заразительности и возможных способах предупреждения и лечения; 2) подготовка квалифицированных кадров в области венерологии; 3) разработка и проведение в жизнь отвечающего современному состоянию венерологии общего для республики плана специальной амбулаторной и больничной помощи больным венерическими заболеваниями; 4) содействие разработке вопросов научной венерологии и изучение данных о распространении венерических болезней; 5) разработка законодательных норм в борьбе с венерическими болезнями; 6) подготовка и созыв специальных съездов; 7) руководство органами по борьбе с венерическими болезнями на местах. Главой этого отдела был избран известный врач-общественник, главный санитарный врач флота А.Ю. Зуев.

Обязанность учёного секретаря исполнял М.В. Броннер. После смерти А.Ю. Зуева председателем отдела избирается М.В. Броннер, который с 1927 г. возглавляет отдел социальных болезней Наркомздрава. Теоретической основой деятельности отдела являлся обширный социально-гигиенический подход к решению проблемы борьбы с социальными болезнями. Таким образом, начало развиваться новое направление социально-гигиенических исследований — социальная венерология. Многие известные специалисты, входившие ранее в Центральный комитет Всероссийского союза по борьбе с венерическими болезнями и проституцией, учреждённый в июне 1917 г. по инициативе Пироговского общества врачей, в условиях того времени не смогли развернуть эту работу и позже приняли участие в деятельности подсекции Наркомздрава РСФСР по борьбе с венерическими болезнями. Активное участие в работе этой лиги принял заведующий кафедрой кожных и венерических болезней медицинского факультета Московского университета Г.И. Мещерский.

Циркуляром от 31 декабря 1918 г. отдел обратился ко всем губернским медико-санитарным отделам страны с предложением приступить к созданию губернских подотделов по борьбе с венерическими болезнями и губернских комиссий при них. Согласно циркуляру эти комиссии имели право рекомендовать губернским медико-санитарным отделам

заведующих продотделами из числа врачей со стажем медицинской и общественной работы, могущих руководить организацией борьбы с социальными болезнями в пределах губернии. Вопросы борьбы с социальными болезнями (туберкулёзом, венеризмом, алкоголизмом и т.д.) обсуждались на VIII съезде партии, проходившем с 18 по 23 марта 1919 г., и в принятой новой программе РКП(б) были поставлены конкретные задачи по борьбе с этими болезнями. 22 февраля 1919 г. была создана комиссия по борьбе с проституцией. В мае 1919 г. на совещании Наркомздрава РСФСР под председательством Н.А. Семашко обсуждались мероприятия по борьбе с венерическими болезнями среди населения. Обсуждались вопросы популяризации сведений по половой гигиене и профилактике венерических болезней, организация специализированной медицинской помощи населению, госпитализация больных заразными формами сифилиса.

На проходившем в Москве с 21 по 25 октября 1919 г. Первом Всероссийском совещании по вопросам жилищной гигиены и борьбы с социальными болезнями в докладе В.М. Броннера «Влияние социальных факторов на распространение венерических болезней и роль государства в борьбе с этими болезнями» подчёркивалась важность борьбы с венерическими болезнями и социально-экономических мер. В докладах И.М. Малышева, А.Ю. Зуева, П.Г. Гельман и Т.М. Гершун также указывалось на усиление борьбы с венерическими болезнями, в связи с чем совещание обратилось к местным организациям с предложением ускорить создание соответствующих местных учреждений и органов по борьбе с венерическими заболеваниями. Для улучшения материально-технической базы подотделу Наркомздрава по борьбе с венерическими болезнями было выделено 2 000 000 руб., отпущено более 60 кг сальварсана «606» и «914», распространено свыше 400 000 листовок, 30 000 брошюр, разослано 20 наборов диапозитивов по 70 картин в каждой, начато издание прошедших по конкурсу научно-популярных брошюр о сифилисе и других венерических болезнях. Была начата также организация отдела венерических болезней при Государственном музее социальной гигиены и предложено приступить к созданию показательной венерологической амбулатории, положение о которой утверждено коллегией Народного комиссариата здравоохранения. В августе 1918 г. предлагалось провести совещание по борьбе с венерическими болезнями с представителями заведующих различными лечебными учреждениями.

В делах Наркомздрава РСФСР, хранящихся в Центральном государственном архиве РСФСР, в частности, указывается, что на второе полугодие 1919 г. Центральной комиссии по борьбе с венерическими болезнями Наркомздравом РСФСР было выделен 1 000 000 рублей[16].

[16] ЦГА РСФСР, ф. 482, оп. 19, ед.хр. 4, л. 95

К концу 1920 г. венерологический отдел Наркомздрава РСФСР закончил организацию местных органов по борьбе с заразными кожными и венерическими болезнями. С этой целью при всех губздравотделах были организованы отделы по борьбе с венерическими болезнями, которые широко развернули свою работу в 1921 г. согласно рекомендации Наркомздрава РСФСР. Значительно увеличилось число специальных амбулаторий — с 1 на 123 000 жителей до 1 на 44 000, в три раза было увеличено число специализированных приёмов при общих амбулаториях. Для госпитализации выявленных венерических больных число коек было увеличено с 1 на 24 000 жителей до 1 на 9 600.

На III Всероссийском съезде представителей здравотделов, проходившем с 27 октября по 1 ноября 1921 г., в докладе Н.А. Семашко о деятельности Наркомздрава РСФСР указывалось о большой проделанной работе по борьбе с венерическими болезнями в Москве и области, задачах научной разработки вопросов по борьбе с венерическими болезнями и подготовке научных кадров.

Недостаток медикаментов, особенно препаратов сальварсана, побудило отдел Наркомздрава РСФСР по борьбе с венерическими болезнями уделить особое внимание производству отечественных препаратов подобного типа. При содействии отдела объединенные государством заводы красочной промышленности «Главанил» начали производство арсонала, новарсола, которые по своим лечебным качествам не уступали немецкому препарату сальварсан. Производство препаратов арсола и новарсола продолжалось также в национальной химической лаборатории. Всего выработка отечественных препаратов типа сальварсана в тот период времени достигала 20 кг в год.

Необходимо отметить, что обеспеченность трудящихся медикаментами была улучшена в 1921 г. в основном за счёт поставляемых лекарств из Германии, которая являлась тогда центром фармакологической промышленности в Европе. Медикаменты поступали также от Германского общества Красного Креста, от Американского медицинского Комитета помощи, из Швеции и других государств.

В 1935 г. химиками Харьковского научно-исследовательского фармацевтического института Г.А. Курхгофом, О.И. Козиной и О.П. Альбицкой был синтезирован миарсол (производное арсенобензола), аналогичный немецкому миарсенолу.

Недостаток врачей дерматовенерологов на местах побудил венерологический отдел Наркомздрава РСФСР организовать курсы для подготовки квалифицированных специалистов в области венерологии в Москве, Петербурге, Саратове, Томске, Ростове-на-Дону, а в дальнейшем и в других городах России. Большую работу в борьбе с венерическими болезнями проделал отдел в санитарно-просветительной области. В 1921 г. в стране издано 3 млн. листовок, 100 000 брошюр, 20 000 плакатов, 10 000 программ в помощь лектору и 4 000 цветных диапозитивов, посвящен-

ных предупреждению распространения венерических болезней. В городах и сёлах устраивались массовые лекции и собеседования о венерических болезнях, в некоторых районах проводились недели борьбы с венерическими болезнями (инсценировка суда над проституткой, сифилитиком и т.д.). Необходимо также отметить, что в 20-е годы большое внимание уделялось выяснению заболеваемости отдельными болезнями из-за различных социальных и физических факторов, а также заболеваемости среди различных групп населения. Результаты этой работы изложены в трудах П.И. Куркина и П.А. Кувшинникова «Социальные болезни Московской области. Топография туберкулёза, сифилиса» (1926), С.А. Томилина «Венерические болезни в окружных городах Украины в 1927 г.» (1928) и др.

Социально-гигиеническая направленность пронизывала деятельность созданного в 1919 г. Государственного музея социальной гигиены, на базе которого в 1923 г. был открыт Государственный институт социальной гигиены Наркомздрава РСФСР. Организатором и директором музея, а затем института стал А.В. Мольков (1870–1947), видный ученый-гигиенист, являвшийся руководителем Пироговской комиссии по распространению гигиенических знаний в народе. Значительную роль в пропаганде социально-гигиенического направления сыграл И.Д. Страшун (1892–1967), который с 1921 по 1930 гг. руководил отделом санитарного просвещения Наркомздрава РСФСР и был организатором и правительственным комиссаром советского павильона на Международной гигиенической выставке в Дрездене в 1930 г. Ему принадлежит заслуга в организации работы музея социальной гигиены, в создании первых советских санитарно-просветительных фильмов, в воспитании первых советских кадров санпросветработников.

На пути первых этапов развития противовенерической борьбы перед советским здравоохранением стояли трудные задачи. Эта работа была начата при отсутствии соответствующих лечебно-профилактических учреждений и недостатке количества врачей. В центре борьбы с венерическими болезнями как в области профилактики, так и в лечебном деле был поставлен диспансер. В 1921 г. в Москве был открыт Центральный показательный венерологический диспансер, занимавшийся разработкой и проверкой социально-профилактических мероприятий противовенерической борьбы. Он проводил также научные конференции, труды которых затем были изданы отдельным сборником. В июне 1921 г. в показательном диспансере состоялась научная конференция с участием видных сифилидологов Москвы. Труды этой конференции были отдельно изданы.

В 1921 г. в Москве был организован Государственный венерологический институт, одной из функций которого была подготовка кадров, врачей-общественников, способных руководить организацией борьбы с венерическими болезнями как с социальным злом. Подготовка врачей–

дерматовенерологов началась в Государственном венерологическом институте в 1923 г. в отделе социальной венерологии. На кафедрах кожных и венерических болезней медицинских факультетов университетов был введён курс социальной венерологии.

На IV Всесоюзном съезде здравоохранения, проходившем с 6 по 11 декабря 1922 г., заведующий венерологической секцией Наркомздрава РСФСР В.М. Броннер отметил важную роль диспансеров в борьбе с венерическими болезнями. Он сообщил, что в республике открыт 21 кожно-венерологический диспансер, из них 2 — в Ленинграде, 3 — в Москве и 16 — в других городах. Особое внимание В.М. Броннер обратил на санитарное просвещение, являющееся мощным фактором в борьбе с венерическими болезнями. Он призывал улучшить лечение больных венерическими заболеваниями.

Вопросам диспансеризации больных венерическими заболеваниями уделялось большое внимание. Многие ученые–дерматовенерологи отмечали успешный опыт работы в этом направлении. Стало ясно, что идея диспансеризации в борьбе с венерическими болезнями полностью себя оправдала. В 1924 г. в стране работало 50 кожно-венерологических диспансеров и принималось решение об их организации в каждой губернии. Заболеваемость венерическими болезнями стала снижаться. Претворяя в практику принципы диспансерной работы в борьбе с венерическими и заразными кожными заболеваниями, большую работу проделали А.Ю. Зуев, М.П. Демьянович, В.В. Иванов, М.М. Бремнер и др.

В 1922 г. в стране было зарегистрировано 328 784 больных сифилисом, среди которых свежие формы этого заболевания зарегистрированы в 237 346 случаях или 72,2%. На 10 000 населения заразных форм сифилиса приходилось 27,3; третичного сифилиса — 13,2; остальных форм — 40,5 случаев. В 1923 г. зарегистрировано 454 001 больной сифилисом или 46,4 на 10 000 населения, из них 43 295 — без указания периода заболевания. Наиболее высокая заболеваемость сифилисом была в Бурят-Монгольской республике (285 случаев на 10 000 населения), Адыгейской области — 209, Ульяновской губернии — 119, Череповецкой губернии — 112, Москве — 109, Чеченской области — 109, Тамбовской губернии — 97, Иркутской — 13,6, Ленинграде — 12,9 (Э.М. Гользильбер, 1944).

Успехи борьбы с венерическими болезнями в значительной мере зависели от решения другой социальной проблемы — ликвидации проституции. Уничтожение социальных причин проституции, приобщение женщин к общественно-полезному труду, борьба с безработицей, беспризорностью, забота государства о матерях-одиночках — вот основные пути борьбы с проституцией. К организации этой борьбы были привлечены в первую очередь народные комиссариаты социального обеспечения, в частности, их отдел по борьбе с проституцией, профсоюзные и общественные организации, органы здравоохранения, ряд учреждений и т.д.

На межведомственном совещании Наркомздрава РСФСР 31 июля 1922 г., проводимом Н.А. Семашко, приняла участие К. Цеткин. На совещании были распределены задания народным комиссариатам социального обеспечения, здравоохранения, просвещения, юстиции и труда. 14 октября 1922 г. на совещании ЦК Компартии под председательством секретаря В.В. Куйбышева обсуждался вопрос борьбы с проституцией: доклад сделала А.М. Колонтай. Начиная с 1922 г., венерологический отдел Наркомздрава РСФСР возглавил работу по борьбе с проституцией, который разработал специальный документ «Положение о мерах борьбы с проституцией», опубликованный 16 декабря 1922 г. в «Известиях ВЦИК». В дальнейшем при Наркомздраве РСФСР был сформирован Центральный совет по борьбе с проституцией во главе с Народным комиссаром здравоохранения Н.А. Семашко, его заместителем на этом совете был избран В.М. Броннер. Наряду с руководством широкими практическими мероприятиями Совет совместно с народным Комиссариатом юстиции разработал изменения и дополнения к Уголовному кодексу, касающиеся проституции, а с народным Комиссариатом труда — дополнение к кодексу законов о труде. 6 декабря 1922 г. Наркомздрав, Наркомвнудел и ВЦСПС издали специальный циркуляр об усилении борьбы с этим злом, создании губернских Советов по борьбе с проституцией, которые состояли из представителей здравотдела, отделов управления исполкома, горпрофсовета и женотделов. Эти советы руководили борьбой с проституцией.

В дальнейшем была найдена удачная организационная форма в виде трудовых профилакториев, где сочеталось трудовое перевоспитание и обучение, лечение больных и обеспечение жильём. Великие преобразования нового советского общественного и государственного строя, быстрый и неуклонный рост материального благополучия и культурного уровня, ликвидации безработицы в очень короткий срок привели к ликвидации проституции, одного из самых позорных и тяжелых социальных бедствий.

В постановлении IV Всероссийского съезда отделов здравоохранения, проходившего с 6 по 11 декабря 1922 г., по докладу «Борьба с социальными болезнями в новых экономических условиях» отмечена необходимость более близкого и непосредственного участия и привлечения внимания широких масс трудящихся к вопросам профилактики и лечения социальных болезней.

Октябрьская революция застала разный уровень развития брачно-семейных отношений у многочисленных национальностей нашей страны. Уже в первые годы после революции советское государство издало декреты о браке и семье. Этими законодательными актами были сняты всякие ограничения при заключении брака (зависимость от вероисповедания, национальной принадлежности, согласие родителей и т.д.), было унитожено зависимое положение женщины в личном и имуществен-

ном отношении, была установлена свобода развода. Большую работу в этом проделал Государственный институт социальной гигиены Наркомздрава РСФСР в 1924–1929 гг. под руководством известного социал-гигиениста проф. А.В.Молькова. Эту работу проводили Л.С. Нурвич, В.А. Зайцев, Н.И. Чучелов и др. Положения о половом воспитании различных групп населения, высказанные А.В. Мольковым в 20-е годы, не потеряли своего значения до настоящего времени.

Гражданская война в первые годы после революции создала условия для распространения венерических заболеваний. Наиболее поражёнными оказались воинские части, оперировавшие в местах империалистического фронта. С этой целью проводилась планомерная борьба с венерическими заболеваниями. Проводились систематические врачебные осмотры, своевременная госпитализация выявленных больных венерическими заболеваниями, широкая санитарная пропаганда. В период гражданской войны и интервенции периодическая печать стала пропагандистом санитарных и гигиенических знаний, что и явилось вкладом в борьбу с туберкулёзом, тифами, венерическими болезнями, в охрану материнства и младенчества, здоровья школьников и подростков. Анализ газет «Правда», «Известия», «Труд» за 1921–1926 гг. позволил выявить свше 1000 публикаций по общим вопросам организации здравоохранения. Еще в 1918 г. Революционный Военный Совет издал приказ о борьбе с венерическими болезнями, в котором предусматривались санитарное просвещение, чтение лекций и проведение бесед, снабжение библиотек при воинских частях популярной литературой. Приказ Московской окружной комиссии по военным делам за №1269 от 1 ноября 1918 г. предлагал ознакомить всех военнослужащих с венерическими болезнями и их профилактикой, ввести регистрацию заболевших и проводить лечение больных не только с явными проявлениями, но и латентных. В 1919 г. поднимался вопрос о создании особых команд из больных сифилисом, находившихся под особым врачебным наблюдением, но положенного разрешения не получил.

В конце 1918 г. по инициативе Московского гарнизонного военного госпиталя было отпечатано и разослано 50 000 экземпляров популярной брошюры Т.П. Павлова «Венерические болезни и сифилис». Просветительно-политический отдел Главного военно-санитарного управления Украины издал красочный плакат «Товарищи, остерегайтесь венерических болезней!» с текстом на русском и украинском языках. Лекции и беседы проводились в госпиталях, клубах, народных домах, на выставках, в музеях и т.д. Борьба с венерическими болезнями в армиях капиталистических стран, в том числе и в русской, до революции в основном была направлена на «санирование» проституции путём врачебно-полицейского надзора с привлечением военных врачей. Так, например, в Кронштадте много лет функционировала «Комиссия по рабору бродячих женщин». Широко применялись репрессивные меры, караю-

щие солдат «не только за утайку болезни, но и за самый факт заражения, что приводило к обратным результатам». В первые годы мировой войны специалисты-венерологи разработали конкретный план борьбы с венерическими болезнями на время войны и послевоенный период. Большинство этих предложений реализовано не было из-за безразличия военной администрации и невежества. Важным событием в медицине первых лет советской власти было создание в 1920 г. по инициативе Н.А. Семашко Комиссии Наркомздрава по изучению санитарных последствий войны 1914–1920 гг. под руководством М.М. Грана, в состав которой вошли крупные специалисты: П.И. Куркин, А.Н. Сысин, С.А. Новосельский, С.М. Богословский, В.Г. Михайловский, В.И. Биншток.

Для выяснения степени распространённости венерических заболеваний организовывались лечебно-обследовательские отряды, которые стремились охватить обследованием как можно большее количество населения, а выявленным больным с заразными формами сифилиса проводили лечение.

В докладе Наркомздрава РСФСР от 11 мая 1925 г. на VII Всероссийском съезде Советов Н.А. Семашко отметил, что борьба с социальными болезнями (туберкулёзом, сифилисом и др.) является задачей государственной важности. Он ставил конкретные задачи по укреплению существующей сети противотуберкулёзных и противовенерических учреждений, расширение сети диспансеров, развёртывания борьбы с сифилисом в деревне. На медицинское оборудование вновь открывающихся диспансеров Наркомздрав РСФСР выделил 50 млн. руб. Необходимо отметить, что с организацией кожно-венерологических диспансеров началась борьба и с грибковыми заболеваниями кожи, лепрой, туберкулёзом кожи (люпозории) и другими заразными заболеваниями кожи. Большую работу проделала известный советский учёный–дерматовенеролог проф. О.Н. Подвысоцкая. Декретом Совета Народных Комиссаров от 29 августа 1923 г. принято постановление о мерах борьбы с лепрой, в котором предусматривался учёт больных лепрой, улучшение работы лепрозориев, введение трудового образа жизни в лепрозориях, улучшение материального обеспечения этих больных, страхование больных лепрой, льготный проезд и предотвращение въезда больных лепрой из-за границы, а также заключение договора по борьбе с лепрой с другими государствами.

На II Всероссийском съезде по борьбе с венерическими болезнями В.М. Броннер выступил с докладом «Очередные задачи по борьбе с сельским сифилисом» (1925), в котором обобщил опыт работы подворно-семейных обследований в местах распространения сифилиса специальными обследовательскими отрядами. Благодаря этой работе впервые составлялись карты распространения сифилиса. В местах с высокой заболеваемостью сифилисом и другими венерическими болезнями организовывались венерологические пункты и диспансеры. Обследова-

тельские отряды были посланы в отдалённые районы Бурят-Монголии, Башкирии, Туркмении, на Байкал. Кроме выполнения своих непосредственных задач отряды оказывали помощь органам здравоохранения в борьбе со знахарско-шаманской медициной и обучали население санитарной культуре. В качестве руководителя В.М. Броннер принимает непосредственное участие в организации отрядов. Особенно активной была его роль в создании и проведении обследовательской экспедиции в Бурят-Монголии, давшей ценные научные результаты. К 1928 г. в стране уже работало 287 отрядов, в 1930 г. были обследованы Казахстан, Киргизия, Каракалпакия и Бурят-Монголия.

На заседании коллегии Наркомздрава РСФСР 10 декабря 1927 г. был заслушан доклад В.М. Броннера «О состоянии борьбы с венерическими болезнями». Если в 1914 г. в России было всего 12 венерологических амбулаторий, то к 1923 г. число венерологических диспансеров в городах составляло 29, а в 1927 г. оно возросло до 172. Число сельских венерологических пунктов возросло с 12 в 1924 г. до 243 в 1929 г. Росло также и число коек для лечения венерических больных в специализированных стационарах. В 1927 г. их насчитывалось 7072. Заболеваемость сифилисом в городах снизилась с 180 на 10 000 жителей в 1913 г. до 120 — в 1926 г., а заболеваемость гонореей с 126 до 95. 24 января 1927 г. ВЦИК и СНК РСФСР принял постановление «О мерах борьбы с венерическими болезнями», по которому органам здравоохранения предоставлялось право на освидетельствование лиц, у которых подозревалось венерическое заболевание в заразной форме, и принудительное лечение тех больных, которые уклонялись от лечения и представляли опасность для окружающих. Для улучшения реализации этого постановления Наркомздрав РСФСР циркуляром от 15 ноября 1928 г. о согласовании деятельности туберкулёзных, венерических диспансеров с санитарной службой издал указание об усовершенствовании венерологической службы в стране, организации новых диспансеров.

В результате проводимых мер были достигнуты большие успехи в снижении заболеваемости сифилисом. В 1926 г. отмечалось значительное снижение заболеваемости сифилисом, которая в дальнейшем продолжала снижаться ежегодно. Уменьшилась также заболеваемость гонореей. Если в 1913 г. больных с первичным сифилисом было зарегистрировано в городах 25 на 10 000 жителей, то в 1926 г. этот коэффициент снизился до 11, а в 1935 г. до 2. Больных гонореей по РСФСР в 1928 г. было 30,1 на 10 000 населения, в 1930 г. — 20, а в 1939 — 12,7. В 1940 г. по сравнению с 1936 г. заболеваемость гонореей снизилась на 25,3%.

В августе 1918 г. при Наркомздраве РСФСР был учреждён Учёный медицинский Совет и Центральная комиссия по борьбе с эпидемическими заболеваниями. Первое заседание Учёного медицинского Совета Наркомздрава РСФСР состоялось 23 августа 1919 г., на котором председателем президиума был избран проф. Л.А. Тарасевич, его заместите-

лем — проф. И.Н. Диантропов, учёным секретарем в течение почти всего первого периода его деятельности (1918–1928) был избран заведующий кафедрой кожных и венерических болезней Московского университета проф. В.В. Иванов. В дальнейшем секретарями Совета были И.В. Попов, А.В. Рахманов и др.

Эпидемическая обстановка того времени, особенно в 1919–1921 гг., поставила перед Учёным медицинским Советом многочисленные санитарно-эпидемиологические вопросы. В комиссиях и на заседаниях Учёного Совета подробно обсуждались вопросы борьбы с сыпным тифом, предохранительные и лечебные мероприятия, методики бактериологического обследования и т.д. Учёный медицинский Совет Наркомздрава РСФСР в 1920–1921 гг. неоднократно рассматривал вопросы медицинского образования. В учебный план было введено несколько дисциплин, в частности, клиника заразных болезней, урология с учением о гонорее, одонтология, физиотерапия и др. Право врачебной практики разрешалось после прохождения государственного экзамена, проводимого под контролем Наркомздрава РСФСР.

В 1923 г. в Учёном медицинском Совете Наркомздрава РСФСР была создана комиссия, призванная координировать научные исследования советских ученых по изучению инфекционных заболеваний и способов борьбы с ними. В годы первой пятилетки на Учёный медицинский Совет были возложены задачи планирования и координации научно-исследовательской деятельности научных учреждений Наркомздрава РСФСР. В 1924 г. при Государственном институте социальной гигиены был организован Совет научных институтов Наркомздрава РСФСР, председателем которого был избран директор института проф. А.В. Мольков. В Совет входили: крупный специалист по борьбе с венерическими болезнями, заведующий отделом социальной венерологии Центрального венерологического института В.М. Броннер, заведующий туберкулёзной секцией Наркомздрава РСФСР Е.Г. Мунблит, заведующий отделом охраны здоровья детей и подростков Наркомздрава Е.Н. Родин, заведующий Московским психоневрологическим диспансером известный психиатр Л.М. Розенштейн, крупный специалист по санитарной статистике П.И. Куркин и др. Совет рассматривал, унифицировал и утвердил программы и методики изучения здоровья малых народностей, промышленных рабочих, детского населения, обсуждал вопросы борьбы с туберкулёзом, алкоголизмом, проституцией и венерическими болезнями. Все эти вопросы активно разрабатывались сотрудниками Института социальной гигиены, Института по изучению профессиональных болезней им. В.А. Обуха, туберкулёзного и венерологического институтов, а также другими научно-исследовательскими учреждениями.

В 1928 г. деятельность Учёного медицинского Совета Наркомздрава РСФСР была пересмотрена, определились его новые функции и задачи. На Учёный медицинский Совет, в частности, были возложены функции

планирования и координирования научных работ всех институтов страны. Научно-организационная деятельность Учёного медицинского Совета оживилась. Она стал рассматривать планы и отчеты научных учреждений, были расширены его комиссии. В 1934 г. по инициативе Наркома здравоохранения РСФСР Г.Н. Каминского был разработан проект нового положения об Учёном медицинском Совете, который был преобразован в центр по руководству медицинской науки в стране.

Созванное по инициативе Г.Н. Каминского в августе 1934 г. совещание актива работников здравоохранения, на котором он выступил с докладом о задачах советского здравоохранения, приняло резолюцию о директивах по составлению контрольных цифр на 1935 г. — третий год второй пятилетки, об организации здравоохранения в деревне, мероприятиях по борьбе с эпидемиями, организации санитарного надзора, о борьбе с малярией, туберкулёзом и венерическими болезнями, медико-санитарном обслуживании рабочих на производстве, реорганизация аппарата Наркомздравотдела и местных органов здравоохранения РСФСР.

Г.Н. Каминский возглавил (организованный по постановлению ЦИК и СНК от 20 июля 1936 г.) Наркомздрав СССР, в состав которого вошли ВСГИ, Государственный институт социальной гигиены и Институт экспериментальной медицины им. М. Горького.

Наркомздрав СССР приступил к осуществлению общего руководства лечебно-профилактической помощью городскому и сельскому населению, противоэпидемических мероприятий, предупредительного и текущего санитарного надзора, подготовки и распределения медицинских кадров, строительства и т.д.

Таким образом, на первых этапах развития советского здравоохранения была создана мощная сеть кожно-венерологических диспансеров, кожно-венерологических отделений и кабинетов в сельских местностях, в результате чего достигнуто значительное снижение заболеваемости венерическими и заразными кожными болезнями. Активная борьба с венерическими и заразными кожными заболеваниями в стране проводилась в 20-е годы прошлого столетия. В настоящее время формы и методы работы дерматовенерологической службы в России развиваются и совершенствуются на современном, качественно новом этапе развития отечественного здравоохранения.

Литература

1. Ашурков М.И. — Вопросы здравоохранения на заседаниях Совнаркома РСФСР (1917–1922). Советское здравоохранение. 1957, №10, с. 10–14.

2. Базанов В.А. — Борьба с венерическими заболеваниями в Петербурге в 1918–1919 гг. Вестник дерматологии и венерологии. 1971, №4, с. 65–69.

3. Базанов В.А, Грибанов Э.Д. — Учёный медицинский Совет Народного Комиссариата здравоохранения РСФСР в 1918-1936 гг. Здравоохранение РСФСР. 1980, №2, с. 28–32.

4. Барсуков М.И. — Очерки истории здравоохранения СССР (1918–1956). М., 1957.

5. Броннер В.М. — Влияние социальных факторов на рост венерических болезней и роль государства в борьбе с этими болезнями. М., 1921.

6. Гольдзильбер Э.М. — Борьба с венерическими болезнями. В кн.: Двадцать пять лет Советского здравоохранения. М., 1944, с. 158–167.

7. Гусаков Н.И. — Значение Наркомздрава РСФСР в борьбе с венерическими и заразными кожными заболеваниями в период становления советского здравоохранения. Вестник дерматологии и венерологии. 1989, № 8, с. 74–76.

8. Гусаков Н.И. — О правовых средствах борьбы с венерическими заболеваниями и их профилактика. Рукопись депонирована во ВНИИМИ МЗ СССР, М., 1982, Д-5866-83, с. 1–16.

9. Клячкин В.Е. — Совещание по изучению проституции. Социальная гигиена. 1926, № 7, с. 17–25.

10. Петров Б.Д. — Первое министерство здравоохранения. Здравоохранение Российской Федерации. 1967, №7, с. 3–8.

11. Россиянский Н.Л. — Диспансеризация в борьбе с венерическими болезнями. М., 1928.

12. Семашко Н.А. — Организационные задачи в борьбе с проституцией. Венерология и дерматология. 1924, №4, с. 28–31.

13. Туранов Н.М. — О задачах венерологической экспедиции и отрядов в национальных республиках и областях. Венерология и дерматология. 1936, №7, с. 3–7.

14. Шишкин А.П. — Санитарно-гигиеническое направление деятельности научно-исследовательских институтов народного комиссариата здравоохранения РСФСР в 20–30-е годы. Советское здравоохранение. 1978, №7, с. 68–72.

Глава 11

ОРГАНИЗАЦИЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ИНСТИТУТА В МОСКВЕ

11.1. КОРОНАЦИОННОЕ УБЕЖИЩЕ

В Государственном историческом архиве г. Москвы содержатся материалы о постройке коронационного убежища в честь коронации императора России Николая II. Так, в деле «О постройке Коронационного убежища» указывается, что «избранная Московской городской думой особая комиссия, обсуждая с городской управой вопрос об участии Московского городского управления в торжествах по случаю Священного Коронования Их Императорского Величества, представила Городской думе в своём докладе от 26 августа 1895 г. за №107 предложение ознаменовать радостное для всей России событие делом, которое могло бы навсегда запечетлеть Священное Коронование в память населения Москвы. Таким делом комиссия и Управа признавали учреждение убежища для лиц, нуждающихся в уходе, призрении и заботах о себе. Городская дума приговором своим от 5 сентября 1895 г. постановила одобрить всё изложенное в докладе №107, предложения комиссии и Городской Управы и приведение их в исполнение поручить голове и Городской Управе»[1].

В докладе №107 от 26 августа 1895 г. Городской Думы о предстоящих торжествах по случаю коронования «Их Императорского Величества» в третьем пункте постановления указано: «Установить и содержать убежище в память Священного Коронования Их Императорского Величества Государя Императора Николая Александровича и Государыни Императрицы Александры Фёдоровны на 200 человек без различия пола и возраста»[2].

В деле «О постройке храма при Убежище для неимущих, учреждённого Московской городской думой в память священного Коронования Их Императорского Величества»[3] в копии предложения Московского генерала губернатора от 22 сентября 1898 г. за №10515 на имя Московского городского головы указывается «о выражении по случаю откры-

[1] ЦГИА, ф. 179, оп. 54, д. 425.
[2] ЦГИА, ф. 179, оп. 54, д.295.
[3] ЦГИА, ф. 179, оп. 21, д. 1737.

тия в стенах Московского Кремля памятника Царю-освободителю и Высочайшего посещения Их Императорским Величеством торжества закладки Убежища для неимущих, сооружаемого в память Священного Коронования 14 мая 1896 года». Это было первое посещение Николаем II торжественного собрания 14 мая 1896 г. по случаю намеченного строительства коронационного убежища /выделено автором/.

В докладе №26 от 15 января 1898 г. по выбору места для постройки убежища для неимущих в заключении его указано: «Поручить Городской Управе построить убежище в память Священного Коронования Их Императорского Величества на землях бывшей Городской Думы от 17 октября 1897 г. от Московского Городского Кредитного Общества»[4].

Убежище предполагалось соорудить на земле, пожертвованной городу Н.П. Геер и предназначенной именно для такого рода учреждений. «По приблизительным расчётам постройка здания для убежища и первоначальное обзаведение последнего будет стоить до 200 000 рублей»[5].

По поручению Городской Думы бывший городской архитектор Л.Н. Кекушев 22 декабря 1897 г. составил смету коронационного убежища, за что ему была выделена премия 1 000 рублей[6].

В деле «О планировании местности вокруг зданий и замощении проездов Коронационного убежища» имеется план расположения убежища, чертежи строительства и замощения проездов[7].

По проекту архитектора Л.Н. Кекушева для убежища предполагалось соорудить сначала один двухэтажный каменный корпус на 100 человек, 4 деревянных барака на 25 человек каждый, деревянную кухню с кладовой, прачечную и баню из камня, деревянный дом для врача и смотрителя[8]. Но при обсуждении проекта постройки убежища на заседании Городской думы 2 июня 1898 г. было высказано предложение о необходимости постройки двух каменных корпусов с центральным отоплением. Исполняя данное поручение Городской думы, городская управа поручила архитектору А.Л. Оберу составить новый проект постройки убежища в каменных зданиях.

10 сентября 1898 г. Городская Дума поручила инженеру С.С. Шестакову составить «проект и смету на спланирование места вокруг зданий приюта в память Священного Коронования на земле бывших Борисовских и засыпку пруда, находящегося в означенном месте»[9].

В деле Московской городской думы «О постройке служб при убежище в память Священного Коронования Их Императорского Величе-

---

[4] ЦГИА, ф. 179, оп. 54, д. 295.
[5] ЦГИА, ф. 179, оп. 54, д. 295.
[6] ЦГИА,ф. 179, оп. 54, д. 295.
[7] ЦГИА, ф. 179, оп. 54, д. 429.
[8] ЦГИА, ф. 179, оп. 54, д. 425.
[9] ЦГИА, ф. 179, оп. 54, д. 429.

ства (1900–1901)» имеется исполнительная смета на сумму 2 625 рублей 46 коп.[10]

В деле «О постройке корпуса для квартиры доктора и смотрителя, об устройстве отопления в служебных корпусах Коронационного убежища (1900–1903)» имеется проект этих строений, выполненных инженером А. Казанцевым, а также смета на выполнение этих работ на сумму 7 134 рубля[11].

В докладе №284 Московской городской управы от 29 сентября 1907 г. указывается, что «в чрезвычайном собрании Городской Думы 22 августа 1898 г. Городской голова заявил, что 16 августа в стенах Московского Кремля открыт и освящён памятник Царю-освободителю и что московское общественное управление вторично имело счастье видеть своих Державных Царя и Царицу на торжестве закладки убежища для неимущих, сооружаемого в память Священного Коронования Их Императорского Величества, при чём Государю Императору и Государыне Императрице угодно было заложить первые камни сооружаемого здания»[12] /выделено автором/.

Первый камень сооружаемого здания положил Николай II, а второй — его жена Александра. По окроплении места закладки в углубление камней царь и царица положили несколько монет.

Это было второе посещение Николаем II 16 августа 1898 г. начатого строительства коронационного убежища в Сокольниках, на котором он заложил первые камни этой постройки. Эта дата по праву и должна считаться началом строительства убежища для нищих и больных в честь коронации Николая II.

В 1899 г. строительные работы проводились под руководством архитектора А.Ф. Мейснера, заменившего А.Л. Обера за смертью последнего. Постройка коронационного убежища была закончена в 1901 г.

И далее в этом же деле указывается, что в «ознаменование этих двух драгоценных событий для г. Москвы городская дума по предложению Городского Головы единогласно постановила соорудить при убежище в память Священного Коронования храм во имя Пресвятой Богородицы Одигитрии, празднуемой 18 августа»[13].

В деле «Об открытии городского коронационного убежища» указывается, что «первая госпитализация 10 января 1901 г. на излечение: 50 стариков и 50 старух, 12 слепых мужчин, 12 слепых женщин, 40 мальчиков и 36 девочек»[14]. Однако официальной датой открытия коронационного убежища, как указывается в этом же деле, считается 13 мая 1901 г.

---

[10] ЦГИА ф. 179, оп. 54, д. 468.
[11] ЦГИА, ф. 179, оп. 54, д. 467..
[12] ЦГИА, ф. 179, оп. 54, д. 1737.
[13] ЦГИА, ф. 179, оп. 21, д. 1737.
[14] ЦГИА, ф. 179, оп. 58, д. 376.

после его освящения в присутствии царя и царицы. Это было третье посещение Николаем II коронационного убежища. /выделено Н.Г./

Первым директором коронационного убежища был избран доктор К.И. Протопопов.

В этом же деле имеется также ходатайство Московскому городскому голове от священника Николая Померанцева от 16 мая 1901 г. о начале строительства церкви на территории коронационного убежища.

В выписке из журнала Московской городской думы от 22 августа 1898 г. указывается о пожертвовании И.С. Титовым 5 000 рублей на сооружение храма, а братья Баевы пожертвовали 20 000 рублей на построение храма и 2 000 рублей на приобретение церковной утвари[15].

В деле «О постройке храма при Коронационном убежище» также указывается о втором посещении Николаем II и торжественной закладке убежища 16 августа 1898[16] г.

В уведомлении юридического отдела Городской управы от 16 декабря 1909 г. указано: «Городская управа поручила постройку церкви при Коронационном убежище архитектору А.Ф. Мейснер в 1901 г.»[17].

В 1902 г. Московская городская дума утвердила смету от 7 000 до 10 000 рублей для завершения строительства церкви при коронационном убежище, строительство которой закончено в конце 1907 г. 9 декабря 1907 г. Храм Пресвятой Богородицы Одигитрии был освящён и в нём началась обычная служба. В здании храма был установлен иконостас походной церкви св. Георгия Победоносца, пожертвованы царицей Александрой Фёдоровной санитарному отряду, снаряжённому Московским городским самоуправлением в минувшую войну для отправки на Дальний Восток, за что она с благодарностью ответила Московскому городскому голове Н.И. Гучкову.

В 1903 г. Московская городская дума выделила на ремонт зданий коронационного убежища 2 446 рублей[18]. Окончательный ремонт коронационного убежища был закончен в 1904 г.[19]

15 мая 1911 года коронационное убежище праздновало первое десятилетие своего существования. Торжество началось богослужением в Храме убежища, затем состоялось юбилейное заседание, на котором главный врач убежища М.П. Литвинов выступил с отчётом за первые десять лет работы приюта и выразил глубокое уважение и благодарность московскому городскому управлению, создавшему это высоко гуманное учреждение. В 1911 г. в честь юбилея Коронационного убежища был издан специальный альбом.

---

[15] ЦГИА, ф. 179, оп. 21, д. 1737.
[16] ЦГИА, ф. 179, оп. 54, д. 428.
[17] ЦГИА, ф. 179, оп. 54, д. 428.
[18] ЦГИА, ф. 179, оп. 54, д. 588.
[19] ЦГИА, ф. 179, оп. 54, д. 621.

В деле «О строительстве дома призрения имени братьев Баевых» в докладе «О принятии пожертвования московских купцов К.Д. и И.Д. Баевых на устройство в Москве Дома призрения имени И.Д. Баева старшего» от 18 сентября 1900 г. отмечено: «В собрании Московской городской думы 8 августа 1900 года было доложено нижеследующее заявление московских купцов Козьмы Денисовича и Ивана Денисовича (младшего) Баевых: Пожертвование просим Ваше сиятельство донести до сведения Московской городской думы, что мы желаем пожертвовать в память покойного брата нашего Ивана Денисовича Баева старшего капитал в 400 000 рублей на устройство в Москве дома призрения его имени для больных»[20].

В докладе №242 Московской городской управы «О назначении штата служащих и прислуги для дома призрения имени И.Д. Баева старшего, об ассигновании суммы на содержание этого дома в текущем 1902 г.» от 21 сентября 1902 г. указывается, что условия пожертвования московских купцов Козьмы Денисовича и Ивана Денисовича Баевых в 400 000 рублей на содержание и устройство дома призрения «имени Ивана Денисовича Баева старшего» для неизлечимо больных принят на условиях, ими выраженных.

Условия пожертвования заключаются в следующем: Московское городское общественное управление, приняв пожертвование, обязуется: 1) отвести на принадлежащих городу землях бывших Борисовских или Котовых участок, потребный для сооружения на нём дома призрения «имени Ивана Денисовича Баева (старшего)» для неизлечимых больных на 150 кроватей; 2) содержать в нём на проценты с неприкосновенного капитала в 300 000 рублей не менее 100 человек призреваемых, считая в том числе расходы на администрацию и врачебную помощь; 3) выработать порядок управления домом призрения и правила приёма в него призреваемых; 4) предоставить жертвователям пожизненное право замещать 100 кроватей избранными или кандидатами, а по смерти жертвователей старшим наследникам в роде каждого из них по 10 кроватей.

Для постройки дома призрения имени И.Д. Баева согласно решению думы был отведён участок земли во владении Борисовских по Ермаковской улице, рядом с Коронационным убежищем.

К концу 1902 г. стройка здания дома имени И.Д. Баева старшего была окончена и 21 ноября этого же года состоялось освящение этой постройки и начат приём больных[21].

В виду устройства означенного дома в этом же владении, где помещается Коронационное убежище, рядом с последним желательно с целью экономии, а также за неимением достаточного количества квартир

[20] ЦГИА, ф. 179, оп. 58, д. 473.
[21] ЦГИА, ф. 54, оп. 153, д. 93.

при этом доме, управление им предоставлялось администрации Коронационного убежища, усилив штаты служащих последнего соответствующим персоналом. При этом Городская управа отмечает, что дом призрения имени Баева должен быть одинаков с убежищем, т.е. в нём должны находиться неизлечимо больные по 75 человек каждого пола, требующих за собой не только постоянного ухода, но и врачебного наблюдения, ибо таких приютов в ведении Городской управы крайне недостаточно.

В деле «Об открытии 20 кроватей в Доме призрения имени братьев Баевых» указывается, что этот дом открыт в 1894 г. и расчитан был на 200 больных на территории Сокольнической больницы[22]. Но, как отмечается в деле, 17 апреля 1895 г. в Московской городской управе обсуждался доклад №59 об открытии только 20 кроватей призрения в доме имени братьев Баевых.

Таким образом, дом призрения имени И.Д. Баева ничем не отличается от Коронационного убежища, и с 1 января 1902 г. отделён от Сокольнической больницы и находится в ведении Коронационного убежища.

Первым директором дома имени И.Д. Баева старшего был директор Коронационного убежища К.И. Протопопов. После его смерти в 1905 г. должность директора исполнял ординатор Коронационного убежища Н.А. Крылов.

Вследствие присоединения дома призрения им. И.Д. Баева к Коронационному убежищу, врачебный совет г. Москвы посчитал необходимым увеличить штаты врачей до 2, чтобы всех 456 больных наблюдало 4 ординатора, кроме того, один из них должен быть детским врачом, т.к. в убежище находилось 76 больных детей, требующих постоянного врачебного контроля.

25 ноября 1912 г. происходило празднование десятилетия существования дома призрения имени И.Д. Баева старшего для неизлечимых больных.

В 1923 г. в здание Коронационного убежища и дома призрения имени И.Д. Баева переведена Мясницкая венерологическая больница. Ещё в 1853 г. в дом помещика Бекетова на Мясницкой улице было переведено сифилитическое отделение больницы для чернорабочих (Бекетовская больница, переименованная А.И. Поспеловым в «Мясницкую городскую»). В 1861 г. оно превратилось в самостоятельную больницу, находившуюся вначале в ведении Приказа общественного призрения, а в 1887 г. перешедшую в распоряжение города. В 1903 г. Мясницкая больница насчитывала 400 коек, более половины из которых предназначалось для больных сифилисом проституток и являлась крупным венерологическим учреждением в Москве, подобно Калинкинской больнице в Санкт-Петербурге (А.И. Розенквист, 1903).

---

[22] ЦГИА, ф. 179, оп. 21, д. 1436.

В 1882 г. при больнице было организовано Долгоруковское училище, названное в честь 50-летнего юбилея Московского генерал-губернатора В.А. Долгорукова, для повивальных бабок со специальной подготовкой по сифилидологии, подобно Суворовскому училищу при Калинкинской больнице Санкт-Петербурга.

С 1911 г. на базе этой больницы была создана клиника кожных и венерических болезней Высших женских медицинских курсов. Ежегодно в больнице оказывалась стационарная помощь 3 000 больным и 6 000 отказывалось в госпитализации из-за недостатка мест. По количеству коек больница превосходила в то время подобные учреждения за границей. В Мясницкой больнице работал основатель московской научной школы дерматовенерологов А.И. Поспелов, главным врачом которой он был в течение тридцати лет (1876–1906). В этой больнице работали также известные сифилидологи России: Е.Е. Молоденков, А.П. Устинов, Н.С. Сперенский, С.И. Благоволин, Н.Н. Черногубов, А.И. Розенквист, автор книги «Современное состояние вопроса о борьбе с сифилисом в России» (1903). Ученик А.И. Поспелова, ординатор Мясницкой больницы Н.П. Домашнев в 1882–1883 гг. привил отделяемое твёрдого шанкра поросятам, причём у одного из этих животных, по свидетельству А.И. Поспелова, «на месте прививки появился склероз, который гистолгически ничем не отличался от человеческого, у другого появилась розеола, у третьего папулы слизистой оболочки гортани».

В Мясницкой больнице А.И. Поспелов сумел организовать чтение курса для студентов и врачей по сифилидологии, которые пользовались огромной популярностью среди студенчества и врачей. В дальнейшем эти заседания из Мясницкой больницы были перенесены в новую клинику на Девичьем поле (1895). За время работы в этой больнице А.И. Поспелов посвятил ряд работ борьбе с венерическими заболеваниями: «Новая система надзора за проституцией в Москве» (1888), «Проект организации санитарного надзора за проститутками Москвы» (1889), «Санитарный надзор за проституцией в Париже и Брюсселе» (1890) и др. В 1901–1902 гг. в амбулатории Мясницкой больницы бесплатно выдавали листовки о сифилисе.

Для увековечения заслуг А.И. Поспелова сотрудниками Мясницкой больницы собрано 2 000 рублей и путём выдачи процентов с этого капитала в виде премий за лучшие работы по дерматовенерологии первую премию в 250 рублей Московское венерологическое общество присудило И.И. Мечникову (1904) за его работы по экспериментальному сифилису.

В деле «О праздновании 25-летнего юбилея службы А.И. Поспелова в должности старшего врача Мясницкой больницы» в выписке из журнала Московской городской думы от 6 февраля 1901 г. указывается о выражении А.И. Поспелову «глубокой и искренней признательности Московской думы за его выдающиеся труды и неутомимую, в течение

25 лет, деятельность в качестве старшего врача Мясницкого отделения больницы для чернорабочих в Москве»[23]. В деле также указывается, что А.И. Поспелов согласно прошению уволен 11 мая 1901 г. с должности главного доктора Мясницкой больницы, вновь избранным на эту должность был С.Е. Молоденков.

После переезда Мясницкой больницы в 1923 г. в Коронационное убежище оно переименовано в больницу имени В.Г. Короленко, а бывшая ул. Ермаковская 17 декабря 1925 г. переименована в ул. В.Г. Короленко; название — ничего не имеющее общего ни с этой больницей, ни с этой улицей.

С 1923 г. больница имени В.Г. Короленко является клинической базой Объединённого венерологического института Наркомздрава РСФСР, одной из самых крупных больниц Европы дерматовенерологического профиля, уступая только больнице в Париже. Она является также клинической базой кафедр дерматовенерологии РГМУ, РАМ ПО, ММСИ. Так, бывшее коронационное убежище превратилось в крупнейший дерматовенерологический центр России.

11.2. ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ

Необходимо отметить, что еще в 1900 г. ученик проф. А.И. Поспелова, проф. М.А. Членов предпринимал попытку организации научно-исследовательского центра по изучению кожных и венеричсеских болезней в России, аналогичного научно-исследовательскому учреждению, организованного известным отечественным акушером-гинекологом В.Д. Снигеревым. Однако постройка кожной лечебницы и института не была осуществлена в связи с отсутствием денег, которые предлагалось получить от О.В. Васильевой после продажи ее домов в Одессе. Такой центр был создан в 1921 г. в Москве на базе Коронационного убежища (больница имени В.Г. Короленко) под названием Государственный венерологический институт (ГВИ), который стал научно-методической базой, обьединивший научные исследования по клиническим, экспериментальным и организационным вопросам отечественной дерматовенерологии. Первым директором этого института с 1921 по 1923 гг. был также ученик проф. А.И. Поспелова, один из инициаторов его создания проф. С.Л. Богров (1879–1923), под руководством которого институт стал, по определению Н.А. Семашко, «штабом противовенерической борьбы», разрабатывались основы диспансерного метода работы дерматовенерологической службы страны в борьбе с заразными кожными и венерическими заболеваниями. В институте начала проводится также подготовка специалистов в области дерматовенерологии и

[23] ЦГИА, ф. 179, оп. 21, ед.хр. 1902.

профессорско-преподавательских кадров. В 1932 г. институт был объединен с существовавшим с 1930 г. Московским городским институтом Мосгорздрава и с тех пор функционировал в виде Объединенного государственного венерологического института (ОГВИ).

В дальнейшем директорами института были: Н.С. Эфрон (1923–1932), В.М. Богров (1932–1937), Л.Б. Гиндин (1937–1940), Э.М. Гольдзильбер (1941–1947), Н.М. Туранов (1948–1980), Ю.К. Скрипкин (1980–1999), с 1999 г. — А.А. Кубанова.

Заместителями директора по научной работе были: М.П. Демьянович (1921–1932; 1950–1957), И.Л. Российский (1933–1937), А.И. Дмитриев (1938–1941), Л.Н. Машкиллейсон (1941–1950), А.А. Студницин (1958-1980), В.Н. Мордовцев (1980–1993), А.А. Кубанова (1994–1999), В.А. Аковбян (1999–2001), М.И. Васильев (2001–2003), В.И. Кисина (2003–2005), М.А. Гомберг (2005), с 2005 г. — В.А. Самсонов.

В 1937 г. в стране имелось уже 13 венерологических институтов. Наиболее крупными из них были Центральный кожно-венерологический Наркомздрава РСФСР, Ленинградский кожно-венерологический, Одесский венерологический имени Е.С. Главче и Украинский дерматологии и венерологии в Харькове.

В первые годы деятельности институт разработал и внедрил в практические учреждения диспансерные методы работы в отношении венерических и грибковых заболеваний. Перед институтом стояли задачи по борьбе с венерическими и заразными кожными болезнями с использованием методов лечебно-профилактической работы по венерологии и дерматологии в специальных и общих лечебных учреждениях. В институте осуществлялись подготовка и усовершенствование кадров по дерматологии. На ремонт и содержание Венерологического института Наркомздрав РСФСР 26 сентября 1921 г. выделил 40 000 000 рублей[24].

С момента организации института при нём был создан организационно-методический отдел, которым последовательно заведовали: В.М. Броннер, С.Е. Гальперин, Н.М. Туранов, Э.М. Гольдзильбер, С.М. Данюшевский, Г.И. Егоров, Я.Л. Юдин, Т.А. Никитина, О.Т. Тесалова.

В 1925 г. в ГВИ был организован отдел борьбы с венерическими и кожными болезнями. Большую работу по выявлению очагов сифилиса в 1924–1925 гг. проводили венерологические отряды Наркомздрава и общества Красного Креста.

С 1979 г. в состав отдела входит отделение эпидемиологии, которым руководил доктор медицинских наук М.В. Яцуха. В области научно-методической работы основное внимание уделялось борьбе с распространением венерических заболеваний.

Подготовка врачей-дерматовенерологов в институте проводилась путём ординатуры и стажировки врачей. Только с 1923 по 1928 гг. в инсти-

[24] ЦГА РСФСР, ф.482, оп.19, ед.хр.2,л.148

туте подготовлено 1 515 врачей. Врачи, получившие подготовку в институте, направлялись на работу на периферию. Врачи, окончившие ординатуру в 1925 г., стали руководителями губернских венерологических диспансеров. С 1933 г. в институте, ставшем базой кафедры кожных и венерических болезней Центрального института усовершенствования врачей, проводилась работа по специализации и усовершенствованию дерматовенерологов. Эта работа проводилась вплоть до начала Великой отечественной войны. В России практически все дерматовенерологи проходили подготовку в этом институте.

Отделение клинической дерматологии занималось актуальными проблемами отечественной дерматовенерологии, которое в разное время возглавляли: Н.Л. Российский, Н.С. Эфрон, Л.Н. Машкиллейсон, Н.С. Смелов, А.А. Каламкарьян, Л.Я. Трофимова, В.А. Самсонов, А.А.Кубанова, М.О. Олисова, И.А. Чистякова, В.В. Заерко, Н.И. Харитонова, с 2004 г. — О.В. Надгериева.

С 1921 по 1925 гг. было подготовлено 300 врачей для периферической сети. Такая деятельность Государственного венерологического института была одобрена съездом венерологов в 1923 г. К 15-летию института были подготовлены свои научные кадры: 32 научных сотрудника успешно защитили кандидатские диссертации. К 1936 г. институтом было подготовлено 113 ординаторов и интернов, 30 аспирантов. Многие дерматовенерологи проходили специализацию и усовершенствование в форме 3–4-месячных курсов и других методов обучения.

Организовывались вендиспансеры, венерологические стационары, венотряды (в первые годы развёртывания работы на селе и в национальных областях сыграли особо важную роль) и венпункты как более постоянные учреждения на селе.

Вопросы диспансеризации постоянно стояли в центре внимания института. В 1928 г. Н.Л. Россиянский уточнил систему диспансеризации венерических больных.

Создание в стране широкой сети кожно-венерологических учреждений дало возможность осуществить учёт больных, охватить их всех бесплатным лечением, обеспечить диспансерное обслуживание, ликвидировать бытовой сифилис и т.д.

Институт уделял особое внимание разработке и совершенствованию форм и методов санитарно-просветительной работы среди населения. Так возникли передвижные выставки на темы борьбы с венерическими заболеваниями и проституцией. Кроме того, врачи института принимали участие в научно-просветительной работе, работе съездов по борьбе с заразными кожными и венерическими заболеваниями. Одним из организаторов и руководителей таких съездов был В.М. Броннер в 1923, 1925, 1929 и 1937 гг. Он также возглавил Всероссийское совещание по борьбе с проституцией, был докладчиком на V (1924), VI (1927), VII (1930) съездах здравотделов и участником многих отечественных и зарубежных



Рис.31. **Делегаты I Всероссийского съезда борьбы с сифилисом. Москва, 6–10 июня 1923 г.**

съездов и конференций. Им опубликовано много работ по организации борьбы с венерическими болезнями. В 1926 г. вышел в свет сборник научных работ, посвящённый 25-летию его научной и общественной деятельности.

Ближайшим соратником В.М. Броннера был С.Е. Гальперин (1891–1958), один из первых организаторов диспансерной борьбы с венерическими болезнями, автор более 100 научных работ. Следует отметить его докторскую диссертацию «Эпидемиологическое исследование сифилиса в деревне» (1939).

В 1932 г. ГВИ был объединён с Московским городским венерологическим институтом Мосгорздравотдела, организованным в 1930 г., и стал именоваться Объединённым государственным венерологическим институтом (ОГВИ).

ОГВИ разработал рациональные формы организации борьбы с кожными и венерическими заболеваниями, расширил связи кожно-венерологических учреждений с другими лечебно-профилактическими учреждениями в городе и сельской местности. При поликлиниках увеличилось число венерологических отделений.

Сравнительный анализ деятельности диспансеров и кожно-венерологических учреждений при общих поликлиниках дал возможность

ОГВИ совместно с другими учреждениями разработать рациональные типы и структуры кожно-венерологических учреждений: городского, областного (краевого) кожно-венерологического диспансера, кожно-венерологического отделения общей поликлиники, микологического пункта для городов и венерологических пунктов для сельской местности.

Значительно возросла роль областных и краевых венерологических диспансеров.

В 1932–1933 гг. ОГВИ проводил коллективную научную разработку организационно-методических вопросов борьбы с кожными и венерическими болезнями. Государственная комиссия по испытанию сальварсанных препаратов признала необходимым ввести единую методику лечения больных сифилисом, которая дала бы возможность практическим врачам проводить энергичное комбинированное лечение противосифилитическими препаратами по единой схеме.

В 1933 г. на совещании представителей областных и краевых венерологических институтов (их было в то время 19) и кафедр кожных и венерических болезней медицинских институтов обсуждался план научно-исследовательской работы по дерматовенерологии на вторую пятилетку. Рекомендованы комплексная разработка методов лечения венерических больных и изучение отдельных результатов. Были определены задачи на разработку организационных мероприятий по борьбе с венерическими болезнями в масштабе страны, проверку (путём выезда на места и получения отчётов) выполнения институтами плана работ, составление сводного плана научных работ по РСФСР.

Совещание признало необходимым введение качественных показателей лечебно-профилактической работы по борьбе с кожными и венерическими болезнями.

В 1934 г. на ОГВИ было возложено методическое руководство борьбы с венерическими заболеваниями в РСФСР.

В 1935–1936 гг. сотрудники ОГВИ провели проверку состояния борьбы с венерическими заболеваниями в 14 областях и краях РСФСР.

В ОГВИ проводилась большая научно-исследовательская работа в области экспериментального сифилиса, аллергии и иммунитета при сифилисе, суперинфекции и реинфекции, лечения и серодиагностики сифилиса. Созванная в 1936 г. специальная конференция по вопросам упрощённых серореакций подвела итоги этой работы.

Институтом проделана большая работа по изучению терапевтического действия отечественного препарата «Неосальварсана» (новорсенола), не уступающего зарубежным образцам. В институте работала Государственная комиссия по контролю препаратов сальварсана. Всесторонне изучался вопрос о терацевтическом действии висмута при сифилисе. Был синтезирован первый советский препарат — бисмутогви, а затем миарсенол.

В 1932 г. в ОГВИ были разработаны эффективные схемы лечения больных сифилисом, синтезирован ряд новых лекарств для лечения больных сифилисом, что позволило прекратить импорт зарубежных препаратов. Много внимания уделялось вопросам диагностики и лечения больных гонореей и мягким шанкром.

В 1935–1940 гг. в институте разрабатывались качественные показатели диспансерных методов, рациональные формы и методы работы общемедицинских учреждений по борьбе с венерическими и заразными кожными болезнями, по профилактике этих заболеваний, изыскивались наиболее удобные формы связи между кожно-венерологическими и другими учреждениями: акушерско-гинекологическими, педиатрическими, санитарно-эпидемиологическими станциями, ветеринарной службой и др.

В 1935 г. ОГВИ предложил единую систему учёта венерических и заразных кожных больных, что дало возможность в 1937 г. провести анализ заболеваемости в целом по стране, планировать и осуществлять организационные мероприятия, направленные на снижение заболеваемости.

Успешно изучались клиника, патогенез, лечение пиодермии и микробных экзем, а также гистология нормальной кожи и ряда дерматозов, вопросы клиники и патогенеза трихофитии и эпидермофитии.

Таким образом, институтом в первые годы были разработаны и внедрены диспансерные методы, решены вопросы профилактики врождённого сифилиса, созданы методы борьбы с женской гонореей и венерическими болезнями в сельской местности, разработаны и внедрены принципы и единая методика лечения больных сифилисом и гонореей.

Под руководством венерологического института достигнуты успешные результаты планирования научной работы в области кожных и венерических болезней. Достаточное внимание уделялось клинике, диагностике и лечению различных заболеваний кожи, особенно заразных (грибковые поражения кожи, пиодермия, чесотка). Успешно развивалось прогрессивное направление советской дерматологии, основоположниками которого были А.Г. Полотебнов, А.И. Поспелов, П.В. Никольский, Т.П. Павлов. В 1934 г. под руководством Н.А. Россиянского начала работу лаборатория экспериментальной дерматологии, в которой по настоящее время проводится изучение механизмов аллергических реакций с учётом общей реактивности организма (П.М. Залкан, Е.А. Иевлева, В.Г. Стоянов и др.). Изучение этих реакций проводилось с использованием электрофизических методик (В.С. Ангелова, А.П. Хрунова, В.Г. Акимов, В.А. Самсонов и др.).

Под руководством Л.Б. Гиндина были разработаны формы учёта и отчётности по кожным и венерическим заболеваниям, показания к снятию с учёта больных сифилисом, инструкции о порядке контроля за качеством препаратов сальварсана, положения о кожно-венерологи-

ческих диспансерах. Проводился анализ работ венерологических отрядов и экспедиций.

В 1937 г. ОГВИ издал «Общие принципы и схемы лечения сифилиса». С этой же целью в Москве была созвана конференция, на которой обсуждался и вопрос об упрощённых серологических реакциях на сифилис.

В июне 1937 г. в ОГВИ состоялось совещание по планированию больничной и амбулаторной помощи, на котором был обсуждён план борьбы с кожными и венерическими болезнями.

В 1937–1949 гг. ещё шире проводились научные исследования комплексно с периферическими дерматовенерологическими учреждениями. В научных исследованиях не только применяется комплексный метод работы, — тематика научных исследований становится более актуальной, резко уменьшается количество научных тем.

Для улучшения качества научной работы по инициативе ОГВИ ежегодно созывались совещания директоров кожно-венерологических институтов по обсуждению планов научно-исследовательских работ.

В 1938 г. ОГВИ был реорганизован в Центральный кожно-венерологический институт (ЦКВИ), который стал научно-исследовательским учреждением общесоюзного значения по вопросам дерматовенерологии, осуществляющим роль организационно-методического центра по организации борьбы с кожными и венерическими болезнями.

Представители ЦКВИ входили во Всесоюзную учёную комиссию при отделе борьбы с кожными и венерическими болезнями (1938).

В 1940 г. было рекомендовано организовать центральную серологическую комиссию и стандартизировать серологические реакции при венерических болезнях. Заболеваемость сифилисом накануне Великой Отечественной войны в ряде городов, краёв и областей РСФСР была снижена до единичных случаев.

С началом Великой Отечественной войны (1941–1945) институт был эвакуирован в Ташкент. В годы войны ЦКВИ привлекал для совместной борьбы с заразными кожными и венерическими заболеваниями другие кожно-венерологические институты, изучает пути распространения заболеваний, разрабатывает организационные методы работы.

Во время Великой Отечественной войны количество кожных заболеваний в армии было незначительным.

Показателем хорошей постановки военно-медицинской службы в армии являлось ежегодное снижение средней продолжительности лечения кожных больных: в первый год войны: — 31,1 дня; во второй — 28; в третий — 26,1 и в четвёртый — 26.

Помимо общих мероприятий по санитарно-гигиеническому обеспечению войск (банно-прачечное обслуживание и т.д.) большое значение имели ежемесячно проводимые медицинские осмотры личного состава, освидетельствование прибывающих пополнений, индивидуальные осмотры возвращающихся из отпусков и командировок, а также

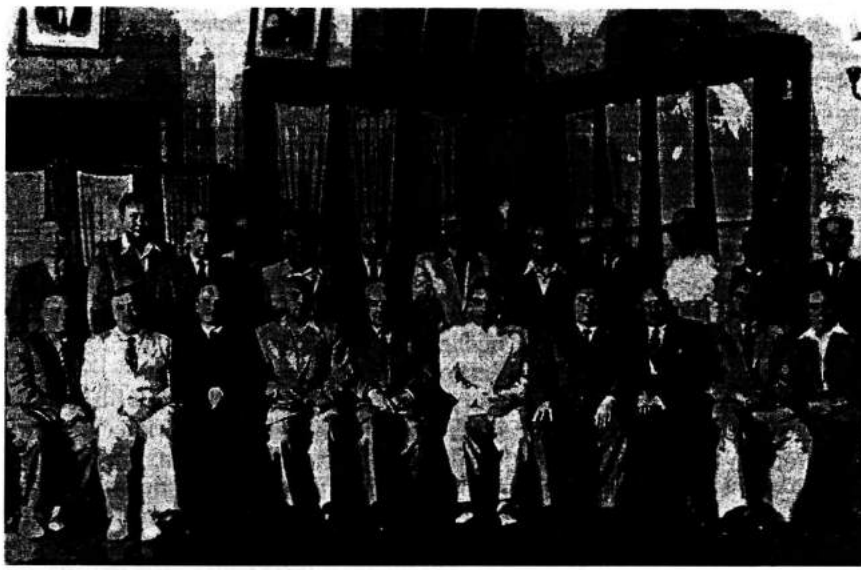


Рис. 32. **Участники конференции учёных дермантологов в ЦКВИ (1958)**

телесные осмотры перед баней, санитарно-эпидемиологическая разведка среди гражданского населения и т.д.

В послевоенный период разрабатывались организационные мероприятия по борьбе с венерическими и заразными кожными заболеваниями, осуществлялась работа по подготовке врачей, изучались методы распространения венерических болезней, разрабатывались инструктивно-методические материалы. Проводилась также работа по эффективности лечения венерических и кожных больных пенициллином, укреплялась материально-техническая база института.

В 1943 г. на расширенном пленуме Учёной комиссии и ЦКВИ с участием 7 кожно-венерологических институтов обсуждались вопросы заболеваемости кожными и венерическими болезнями в стране.

В связи с недостатком дерматовенерологов Центральный кожно-венерологический институт в 1943 г. развернул работу по повышению квалификации врачей: было проведено несколько циклов усовершенствования по дерматовенерологии. Из числа слушателей многие были направлены на работу в освобождённые районы страны и в сельскую местность.

В 1944 г. при Наркомздраве СССР был создан Совет по борьбе с венерическими заболеваниями, председателем которого был нарком здравоохранения, а секретарём — директор ЦКВИ.

В 1941–45 гг. ЦКВИ разработал и издал инструктивные и методические материалы: инструкцию по лечению венерических болезней, схему лечения сифилиса центральной нервной системы, терапевтический справочник по венерическим и заразным кожным болезням.

В 1945 г. для руководства комплексной работой по изучению эффективности пенициллина в дерматовенерологии была создана комиссия, в которую входили сотрудники института.

В это же время ЦКВИ проводил большую организационно-методическую работу по восстановлению кожно-венерологической сети, подготовке дерматовенерологов, клиническому испытанию отечественного новарсенола и миарсенола, по возобновлению издания журнала «Вестник венерологии и дерматологии».

После Великой Отечественной войны ЦКВИ возглавил работу по привлечению научных сотрудников КВИ и преподавателей кафедр медицинских институтов и институтов усовершенствования врачей, вендиспансеров к разработке научно-организационных вопросов борьбы с венерическими болезнями.

В 1946 г. на совещании директоров и заведующих организационно-методическими отделами кожно-венерологических институтов Н.А. Семашко указал на предстоящие задачи дерматовенерологов по ликвидации санитарных последствий войны. Это совещание определило направление работы кожно-венерологических учреждений.

В частности, было рекомендовано более широкое привлечение научных сотрудников кожно-венерологических институтов и преподавательского состава кафедр медицинских институтов к разработке научно-организационных вопросов борьбы с венерическими болезнями. ЦКВИ было поручено в 1946–1947 гг. провести курсы по повышению квалификации научных сотрудников организационно-методических отделов венерологических институтов и разработать ряд научно-исследовательских работ типа диссертаций, монографий по организационно-методическим и социально-гигиеническим вопросам. Всем венерологическим учреждениям было предложено составлять и направлять в ЦКВИ конъюнктурные обзоры с тщательным анализом динамики заболеваемости и деятельности учреждений по борьбе с кожными и венерическими болезнями за год.

Ближайшей задачей кожно-венерологических институтов было признано изучение противосифилитического действия пенициллина или в комбинации его с другими специфическими средствами.

В 1948 г. была издана инструкция об обследовании и дополнительном лечении больных сифилисом, получивших неполноценное противосифилитическое лечение в 1942–1946 гг. Были выпущены новые схемы лечения сифилиса, гонореи и мягкого шанкра.

В послевоенный период научные сотрудники ЦКВИ выезжали в республики, области для оказания помощи местным органам здравоохранения, возглавляли венерологические отряды и экспедиции.

С 1948 г. институт возглавлял заслуженный деятель науки РСФСР Н.М. Туранов (1905–1983), видный организатор борьбы с венерическими и заразными кожными болезнями, автор более 200 научных работ, редактор 16 сборников ЦКВИ, 4 переводов, 9 справочников для врачей дерматовенерологов. Его докторская диссертация «Материалы к истории борьбы с сифилисом в СССР и пути ликвидации заразных форм этой инфекции» (1965) является вкладом в дело организации борьбы с сифилисом в стране.

В 1949 г. были опубликованы методические материалы ЦКВИ, включавшие переработанную инструкцию для акушеров-гинекологов по борьбе с венерическими заболеваниями женщин и новорождённых, материалы, мобилизующие органы здравоохранения на борьбу с врождённым сифилисом (связь венерологических учреждений с акушерско-гинекологическими родильными домами, изучение причин возникновения каждого случая детской гонореи и бленнореи). Были уточнены схемы лечения венерических заболеваний пенициллином, изданы методические указания по лечению больных сифилисом нервной системы и внутренних органов. Изучалась динамика заболеваемости по союзным республикам и в целом по стране.

Под руководством Н.М. Туранова в 50-х гг. институт усилил комплексность в области научных исследований, расширил связь с учёными зарубежных стран, ускорил внедрение результатов научных исследований в практику здравоохранения.

В 1951 г. было проведено специальное совещание по профилактике врождённого сифилиса, издан справочник по организации борьбы с заразными кожными и венерическими заболеваниями, инструкции и схемы лечения гонореи.

За период 1951–1955 гг. в области научных исследований было проведено следующее:

— усилена комплексность в работе; научная тематика ЦКВИ и других кожно-венерологических институтов и кафедр медицинских институтов стала более целенаправленной; улучшилась координация научных исследований по дерматовенерологии;

— улучшилось ознакомление научных сотрудников с исследованиями за рубежом путём создания при венерологических институтах групп научной информации, публикации в «Вестнике дерматологии и венерологии» обзоров иностранной литературы, установилась систематическая связь с учёными-дерматовенерологами других стран;

— улучшена оснащённость венерологических институтов оборудованием и аппаратурой для расширения исследований по вирусологии, микологии, патофизиологии, применения изотопов в дерматологии;

— ускорилось внедрение результатов научных работ в практику здравоохранения;

— усилилась организационно-методическая работа.

В 1950 г. были созданы кабинет функциональной диагностики и лаборатория высшей нервной деятельности, оснащенной современной аппаратурой и приборами, в 1952 г. изданы методические материалы, в которых нашли отражение вопросы повышения качества работы кожно-венерологических учреждений, внедрения в практику научных достижений дерматовенерологии.

В 1955 г. было проведено совещание директоров КВИ по вопросам планирования научных исследований и две научные конференции, подготовлен и утвержден комплексный план мероприятий по борьбе с кожными и венерическими заболеваниями.

В 1958 г. научные сотрудники ЦКВИ приняли участие в массовом обследовании населения Монгольской Народной Республики на венерические болезни и лечении больных.

На заседании Комитета содействия ликвидации инфекций при президиуме АМН СССР был обсужден доклад директора ЦКВИ Н.М. Туранова «План мероприятий по ликвидации заразных форм сифилиса в 1959–1965 гг.».

В 1959 г. под редакцией Н.М. Туранова издано краткое руководство для медицинских работников сельских врачебных участков по клинике, лечению и профилактике венерических заболеваний.

В 1960 г. состоялось всесоюзное совещание Министерства здравоохранения СССР, на котором был заслушан и обсужден доклад Н.М. Туранова «Об итогах работы и задачах по снижению и ликвидации заразных форм сифилиса».

В порядке подготовки к I Всероссийскому съезду дерматовенерологов сотрудники ЦКВИ в 1961 г. приняли участие в ряде областных и краевых совещаний.

В 1961 г. были разработаны инструктивные указания по применению бициллина-3 для лечения больных сифилисом, издано методическое письмо по постановке реакции Вассермана с консервированными ингредиентами. Был проведен передвижной семинар ВОЗ. Делегаты из 18 стран мира ознакомились с постановкой борьбы с венерическими болезнями и научными достижениями в нашей стране. В этом же году был проведен I Всероссийский съезд дерматовенерологов.

В 1962 г. с участием ЦКВИ был проведен ряд совещаний и конференций в Татарии, Чувашии и др., было созвано совещание руководителей кожно-венерологических учреждений 14 крупнейших областей.

В 1964 г. на расширенном заседании Ученого совета института обсуждался перспективный план научных исследований по медицинской микологии.

В 1965 г. ЦКВИ совместно с Институтом гигиены труда и профзаболеваний АМН СССР участвовал в организации и проведении II Всесоюзного симпозиума по профессиональной дерматологии, принимал участие в научно-практической конференции Московского научно-иссле-

довательского института косметологии по вопросам новых методов лечения косметических недостатков, в проведении всесоюзного совещания по лепре и трех микологических конференций в Москве.

Проводится большая работа по подготовке и усовершенствованию кадров для научно-исследовательской, педагогической и практической деятельности в области дерматовенерологии путем предоставления мест для индивидуального обучения, аспирантуры, клинической ординатуры и т.д.; организуются экспедиции и обследования, необходимые для разработки научной тематики и научно-методического руководства периферийными институтами, кожно-венерологическими диспансерами, лабораториями.

Институт знакомит врачей и других медицинских работников с новейшими достижениями медицинской науки в области дерматовенерологии, изучает новые лекарственные препараты и виды медицинского оборудования.

ЦКВИ активно участвует в планировании, координации и контролировании организационно-методических мероприятий по борьбе с кожными и венерическими заболеваниями и научно-исследовательской деятельности других институтов, кожно-венерологических кафедр медицинских институтов, республиканских, областных (краевых) кожно-венерологических диспансеров.

Разрабатываются проекты комплексных планов мероприятий по борьбе с кожными и венерическими заболеваниями.

В институте изучаются факторы, способствующие распространению заболеваний; разрабатываются методы диспансерной работы по профилактике заразных кожных и венерических заболеваний; формы учета и отчетности, качественные показатели лечебно-профилактической работы дерматовенерологических учреждений; изучается потребность населения в дерматовенерологической помощи; разрабатываются штатные нормативы, положения о работе кожно-венерологических учреждений; анализируется научная и организационно-методическая работа кожно-венерологических институтов страны.

Ежегодно проводятся семинары, декадники для дерматовенерологов по дерматологии (с лекциями по сифилидологии, гонорее, микологии), для гонорологов и акушеров-гинекологов по гонорее (с лекциями по трихомонозу и негонорейным воспалительным заболеваниям половых органов), по серологии и лабораторной диагностике гонореи для врачей-лаборантов.

Большое значение придается комплексной разработке научных проблем по дерматовенерологии. Введена государственная система химического, биологического и клинического испытания сальварсанных препаратов. Получены экспериментальные модели сифилиса, некоторых грибковых и кожных заболеваний. Разработан и проверен на практике ускоренный метод лечения негонорейных и трихомонадных уретритов.

Предложены методы лечения больных экземой и нейродермитом на основе физиологического учения И.П. Павлова с учетом связи организма человека с внешней средой. Разработаны и внедрены в практику единые методики лечения венерических и грибковых больных. При активном содействии ЦКВИ синтезированы, изучены и внедрены в практику отечественные противосифилитические (пенициллин и его дюрантные препараты — бициллин, пентабисомл, сольбис, и др.) и противогрибковые препараты (таллий, эпилин, кератолитические и фунгицидные пластыри, нистатин, гризеофульвин).

С февраля 1980 г. институт возглавлял проф. Ю.К. Скрипкин, действительный член РАМН, при котором проведена реорганизация работы института. Проф. Ю.К. Скрипкин является ведущим ученым отечественной дерматовенерологии. Он создал крупную научную школу высококвалифицированных научных и педагогических кадров. Под его руководством выполнено и защищено 20 докторских и 60 кандидатских диссертаций. Им опубликовано свыше 500 научных работ, среди них 16 монографий, 6 учебников, среди которых первый в России учебник по детской дерматологии, редактор и автор 5 глав 4-томного руководства по кожным и венерическим болезням для врачей и студентов, автор 12 изобретений.

С 1999 г. институтом руководит Анна Алексеевна Кубанова. В 1972 г. закончила 2-й Московский государственный медицинский иеститут им. Н.И. Пирогова. Работала терапевтом в Научно-исследовательском институте автоматической аппаратуры Министерства радиопромышленности СССР. С 1974 по по 1976 гг. обучалась в клинической ординатуре на кафедре кожных и венерических болезней 2-го Московского медицинского института им. Н.И. Пирогова, с 1976 по 1988 гг. работала сначала младшим научным сотрудником, а затем ассистентом на этой кафедре. В 1988 г. А.А. Кубанова была зачислена на должность заведующей клиническим отделением ЦКВИ. С 1991 г. она заместитель директора ЦКВИ по лечебной работе, с 1993 г. заместитель директора института по научной работе, с 2000 г. по настоящее время она директор ЦНИКВИ МЗ РФ.



Рис.33. **Профессора Я.А. Халемин, А.М. Ариевич, О.П. Комов, Ю.К. Скрипкин, А.А. Калашнарьян, И.И. Ильин (1973)**

В 1980 г. А.А. Кубанова защитила кандидатскую диссертацию «Нарушение метаболизма

катехоламинов и гистидина у больных зудящими дерматозами и их терапевтическая коррекция», в 1986 г. — докторскую диссератцию на тему «Значение нарушений иммунологической реактивности, состояния уровня циклических нуклеотидов и простагландинов в патогенезе и клинике истинной экземы и их терапевтическая коррекция». В 1990 г. А.А. Кубановой присвоено ученое звание профессора. В 1997 г. у она была избрана членом-корреспондентом Российской академии медицинских наук, затем действительным членом РАМН. Она — автор около 300 научных работ, соавтор 4 изобретений, 12 методических рекомендаций, 8 монографий, посвященных актуальным вопросам отечественной дерматовенерологии. Под ее руководством защищено 10 диссертаций, из них 4 докторские.

В институте работали многие видные советские ученые. М.П. Демьянович (1897–1957) опубликовал более 130 работ, в том числе монографию «Твердый шанкр и сифилиды» (1928), разработал оригинальный ускоренный метод лечения чесотки. По его инициативе был создан Государственный институт ветеринарной дерматологии, где он с 1936 по 1950 гг. был научным руководителем.

Ю.А. Финкельштейн (1876–1937) широко известен работами по экспериментальному сифилису. Им написаны впервые на русском языке руководство по серодиагностике сифилиса (1911 и 1931) и инструкция по постановке серологических реакций. В течение ряда лет он был председателем серологической комиссии Наркомздрава РСФСР.

Проф. Н.Л. Россиянский (1888–1964) написал книгу «Диспансеризация в борьбе с венерическими болезнями» (1925) в трудный период становления советского здравоохранения, «Гнойничковые болезни кожи» (1943) и совместно с проф. Н.С. Смеловым (1947) монографию о туберкулезных заболеваниях кожи.

Крупный советский дерматолог проф. Л.Н. Машкиллейсон (1894–1964), опубликовавший более 200 научных работ, в том числе монографию о хронической трихофитии взрослых (1936), капитальные руководства по лечению и профилактике кожных болезней (1957–1964), по инфекционным и паразитарным болезням кожи (1960), руководство по частной дерматологии (1965). Им выделена «стертая» форма эпидермофитии стоп (1939), разработана ее классификация (1940), систематизированы клинические формы хронической трихофитии (1936), выявлена роль реактивности макроорганизмов в патогенезе этого заболевания, разработано учение о вторичных аллергических сыпях (1944), предложен ныне общепринятый термин «пиоаллергиды», описан симптом «скрытого шелушения» при капельном парапсориазе, доказан первичный характер отложения амилоида в коже и наличие его в клинически неизмененном покрове (1939). Совместно с Л.А. Нерадовым он описал новую форму кератоза ладоней и подошв (1940). Под его руководством выполнено более 15 докторских и кандидатских диссертаций. В течение

многих лет Л.Н. Машкиллейсон был председателем Государственной комиссии по испытанию сальварсанных препаратов и заместителем редактора отдела дерматологии Большой Медицинской Энциклопедии. Его ученики Л.А. Абрамович в Ялте, Д.А. Трутнев в Воронеже возглавили кафедры кожных и венерических болезней в медицинских институтах.

С 1924 по 1978 гг. дерматологической клиникой института руководил заслуженный деятель науки РСФСР Н.С. Смелов (1898–1978), почетный председатель Всероссийского общества дерматологов и венерологов, автор 200 научных работ, в числе прочих ценные исследования по лечению сифилиса (1929, 1948), по туберкулезу кожи, пиодермиям, невродерматозам, гемодермиям, монографии об осарсоле. Он впервые описал первичный ретикулез кожи. Под его руководством защищено 6 докторских и 17 кандидатских диссертаций.

С 1978 по 1988 гг. дерматологической клиникой ЦКВИ заведовал А.А. Каламкарян, предметом исследования которого являются ретикулезы кожи, коллагеноз и другие заболевания. Он является автором более 200 научных работ, монографии «Ретикулезы кожи» (1981). С 1988 г. отделом дерматологии заведовали В.А. Самсонов, А.А. Кубанова, М.О. Олисова, И.А. Чистякова, Н.И. Харитонова, с 2004 г. — О.В. Нагириева.

Заведующим отделом детских дерматологических заболеваний был проф. В.Н. Гребенюк с 1997 г. — Л.П. Мазитова. Эпидемиологическим отделом заведовал Н.М. Залкан (1906–1972), работавший преимущественно в области дерматологии и вирусологии. Им написано свыше 100 работ. Под его руководством выполнено 3 докторских и 7 кандидатских диссертаций.

Отдел сифилидологии института возглавлял сначала проф. А.А. Брычев (1926–1933), заслугой которого было внедрение в практику лечения больных сифилисом препаратов висмута (1921). Совместно с Г.Н. Гринблат (1924) он установил, что «висмутовые клетки» являются противопоказанием продолжения терапии больных сифилисом препаратами висмута. В 1939 г. на основе собранных им наблюдений вышли в свет первые схемы лечения больных сифилисом.

К 1967 г. в ЦКВИ подготовлено более 163 докторов и кандидатов медицинских наук, в его стенах на различных курсах, декадниках, в аспирантуре и на рабочих местах повысили квалификацию более 15 000 врачей.

После А.А. Брычева отделом сифилидологии ЦКВИ длительное время руководил проф. М.А. Розентул (1983–1982), разработавший лечение сальварсановой энцефалопатии длительным медикаментозным сном. Для неспецифической терапии сифилиса он предложил подкожное введение кислорода, установил аллергическую природу ряда сальварсановых осложнений, для профилактики которых рекомендовал разводить новарсенол в растворе хлористого кальция и т.д. Он принимал активное

участие в составлении схем лечения сифилиса. Им написаны монографии «Лечение сифилиса» (1943, 1947), «Общая терапия кожных болезней» (1952, 1956), переведенная на польский язык, опубликовано около 200 научных работ. Под его руководством выполнено 6 докторских и 22 кандидатских диссертаций. Среди его учеников были И.З. Талалова, К.Р. Аствацатуров, М.Н. Бухарович, Т.В. Васильев, возглавлявший отдел в 1967–1984 гг. С 1984 г. отделом заведует доктор медицинских наук, проф. К.К. Борисенко.

В 1986 г. сотрудники отдела написали руководство для врачей «Венерические болезни» под редакцией проф. О.К. Шапошникова.

Отделением нейросифилиса несколько лет заведовал проф. Р.Я. Малыкин (1882–1958), который провел большую работу по внедрению физиологического учения И.П. Павлова в дерматологию. Последние годы он заведовал отделом патофизиологии.

В отделе сифилидологии были созданы антигены для серодиагностики сифилиса (Ю.А. Финкельштейн), которые в течение нескольких лет совершенствовались (Т.И. Пак). Предложено изготовление кардиолипинового антигена по оригинальной методике (Л.С. Резникова), созданы трепонемальные озвученные антигены, фракции из трепонем (Н.М. Овчинников, Л.С. Резникова, Л.В. Сазонова).

Важным достижением серологической службы явилась унификация серодиагностики сифилиса. ЦКВИ в свою очередь проводил контроль за качеством работы серологических лабораторий в стране.

Сотрудниками отдела сифилидологии проделана большая работа по освоению реакции иммобилизации бледных трепонем (РИТ), разработан упрощенный, меланжерный метод постановки этой реакции, что предоставило возможность постановки РИТ практически во всех серологических лабораториях страны.

Изучалась и совершенствовалась также реакция иммунофлюоресценции (РИФ), доказана практическая ценность этой реакции при первичном сифилисе. Высоко чувствительными оказались модификации РИФ-10, РИФ-200. По методике постановок этих реакций и результатов оценки ее в клинике написано методическое письмо (Н.М. Овчинников, В.Н. Беднова, С.С. Лурье).

Большая работа проведена по совершенствованию постановки реакции Вассермана. Доказано, что реакция Колмера обладает высокой чувствительностью особенно при первичном, скрытом сифилисе и нейросифилисе (Л.С. Резникова, О.А. Стоянова). Были проведены многочисленные исследования по изучению влияния препаратов пенициллина на бледную трепонему в комбинации с новарсенолом, висмутовыми препаратами и др., а также дюрантных препаратов пенициллина и других антибиотиков. Эту научную работу проводили Н.М. Овчинников, Р.Л. Резинова, С.С. Корбут, К.С. Кутупова, А.П. Хрунова, Н.В. Рахманова, О.К. Лосева, Г.К. Гагаев и др.

Важные исследования получили отображение в книге Н.В. Овчинникова и В.В. Делекторского «Атлас электронной микроскопии некоторых представителей рода трепонем, рода нейсерия и трихомонад» (1974).

Электронно-микроскопическое изучение морфологии и биологии спирохеты, проведенное Н.М. Овчинниковым и В.В. Делекторским, доказало существование цист бледной трепонемы как формы ее устойчивого выживания.

Длительное время в ЦКВИ работал крупный специалист в области нейросифилиса Г.В. Робустов (1887–1969).

Поражения висцеральных органов сифилисом изучали В.Н. Архангельский, А.И. Баранцевич, А.В. Давидов, А.Р. Златкина и другие сотрудники. В частности, В.Д. Кочетков сконструировал приборы (альгезиметр, сискриминатор, электровибратор) для диагностики начальных проявлений чувствительности при сифилисе.

Научными сотрудниками отдела постоянно усовершенствовалась клиническая диагностика сифилиса, особенности клинического течения заразных форм сифилиса, критерии реинфекции и рецидива у больных сифилисом и т.д. (Т.В. Васильев, К.К. Борисенко, И.Н. Винокуров, В.А. Шибанов, Н.В. Рахманова, В.Д. Кочетков, Н.П. Буданова и др.).

Еще в первые годы работы в ЦКВИ совместно с Всесоюзным научно-исследовательским клинико-фармацевтическим институтом им. С. Орджоникидзе синтезированы отечественные препараты: миарсенол, глюкорсенол, осарол, соварсен, в результате чего отпала необходимость в импорте сальварсановых препаратов. Были выявлены преимущества биохинола, бисмоверола и пентабесмола.

В 1932 г. в ЦКВИ впервые разработаны схемы лечения сифилиса, обязательные для применения во всех лечебных учреждениях страны. В 1949 г. в схемы был включен пенициллин в сочетании с препаратами мышьяка, висмута и ртути, в 1951 г. увеличена курсовая доза пенициллина, в 1955 г. изъяты из арсенала противосифилитических средств арсеноксиды, но разрешено применение дюрантных препаратов пенициллина.

Составление схем лечения больных сифилисом и их внедрение в практику с 1932 г. проводили А.А. Брычев, Н.С. Смелов, М.А. Розентул, Б.М. Пашков, А.А. Студницин, Н.М. Туранов, Т.В. Васильев, Г.И. Егоров, М.Е. Маслов, Г.В. Робустов, А.И. Соколин и др.

Отдел сифилидологии ЦКВИ совместно с 25 институтами, клиниками, диспансерами проводил изучение дюранных препаратов пенициллина в лечении сифилиса, что привело к созданию новых схем.

Сотрудниками отдела были составлены и изданы методические письма: «Простая методика реакции иммобилизации бледных трепонем» (1962), «Предупреждение ошибок в диагностике активных форм сифилиса» (1969), «Реакция иммунофлюоресценции (РИФ-200) для специ-

фической серодиагностики сифилиса» (1970), «Выявление и клиническая оценка зрачковых нарушений у больных сифилисом» (1971) и др.

В 1938 г. в ЦКВИ организован отдел микологии, которым руководил проф. Л.Н. Машкиллейсон (1938–1940). За это время были выявлены свойства зоофильного гриба пушистого микроспорума, в 80% случаев поражающего пушковые волосы.

С 1940 по 1967 гг. отделом руководил один из крупнейших микологов СССР проф. А.М. Ариевич (1896–1988), автор более 300 научных работ и 14 монографий. Он первый описал в 1930 г. изолированные поражение ресниц микроспорией, в 1937 г. разработал метод отслойки для лечения некоторых дерматомикозов, установил, что взрослые больные трихофитией являются источником заражения детей, а не наоборот. В 1938 г. предложил метод протирания ногтей пирогалловой кислотой для лечения онихомикозов, разработал классификацию дрожжевых и грибковых поражений кожи, методику применения эпилина, а с А.С. Беззаботновым (1947) метод дробной ретгено-эпиляции. А.М. Ариевич впервые обнаружил новый вид микроспории, вызываемой антропофильным грибом — ржавым микроспорумом, описал его клинические особенности.

Работы А.М. Ариевича, Л.Н. Машкиллейсона и О.Г. Вихревой были посвящены хронической трихофитии взрослых. Установлена диагностическая ценность не только симптома «черных точек», но и атрофических плешин. В 1945 г. А.М. Ариевич и В.П. Пентковская впервые описали микоз, обусловленный красным трихофитоном. Были описаны многообразные клинические проявления этого микоза, названного авторами руброфитией. А.М. Ариевич и Л.Н. Машкиллейсон предложили одну из первых клинических классификаций эпидермофитийных поражений.

Клинические наблюдения кандидоза были описаны в монографии А.М. Ариевича «Поверхностные дрожжевые поражения кожи и слизистых оболочек» (1949) и «Кандидозы как осложнения антибиотикотерапии» (1965) совместно с З.Г. Степанищевой. В ЦКВИ впервые в нашей стране выявлены и описаны больные хроническим генерализованным (гранулематозным) кадидозом дети. А.М. Ариевич и З.Г. Степанищева изучали также клинику кератомикозов. В.И. Данский описал излюбленную локализацию эритразмы в складках кожи. А.Л. Рудяк впервые доказал бактериальную природу этого заболевания, выделил его возбудителя — коринебактерию и предложил для лечения 5% эритромициновую мазь, В.М. Рукавишникова изучала клинику, патогенез и лечение больных генерализованными формами микоза, обусловленного красным трихофитоном, убедительно доказала лимфогенный путь его распространения.

Большое внимание уделялось диагностике глубоких микозов. Впервые были опубликованы научные материалы по гистоплазмозу, хромомикозу, споротрихозу, цефалоспориозу и др.

Б.В. Смирнов (1970) определил некоторые дифференциально диагностические критерии хронических пиодермий и глубоких микозов.

Совместно с М.И. Кожевниковой (1937–1939) А.М. Ариевич детально разработал организационные формы борьбы с грибковыми заболеваниями. Под руководством проф. А.М. Ариевича выполнены 9 докторских и 41 кандидатская диссертации.

С 1966 по 1989 гг. микологическую клинику института возглавлял проф. Н.Д. Шеклаков, автор более 100 научных работ, монографии «Пузырчатка» (1963), а микологическую лабораторию — проф. В.М. Лещенко.

Проф. Н.Д. Шеклаков (1970) предложил новую классификацию грибковых заболеваний, совместно с проф. П.Н. Кашкиным написал «Руководство по медицинской микологии» (1978), монографию «Болезни ногтей» (1975), отдельные главы в атлас «Кожные и венерические болезни», разделы в справочниках.

С 1989 г. отделом микологии заведовал проф. В.М. Лещенко, автор более 300 научных работ и 5 монографий, разделов, глав и статей в атласе, руководствах и справочниках. В частности, им написаны монографии: «Аспергиллез» (1966), «Лабораторная диагностика грибковых заболеваний» (1982) и др. В 1970 г. он описал две новые формы аспегиллеза легкого — «кистозную» и в сочетании с деструктивным туберкулезом легких. Для лечения висцерального аспергиллеза предложены натриевые соли нистатина и леворина.

Особое внимание уделяется эпидемиологии грибковых инфекций и разработке организованных форм борьбы с дерматомикозами.

Под руководством проф. В.М. Лещенко подготовлено более 20 кандидатов медицинских наук.

Отделом микологии постоянно изучается динамика грибковой флоры Москвы, области и союзных республик, ведется научная работа по изысканию и совершенствованию методов лечения микозов.

В целях внедрения в практику здравоохранения, по итогам диссертационных работ были изданы методические письма: «Серодиагностика кандидамикозов» (1961), «Применение гризеофульвина для лечения больных дерматомикозами» (1962), «Диагностика, лечение и профилактика инфильтративно-нагноительной трихофитии» (1970), «Клиника, диагностика, лечение и профилактика микозов стоп» (1979) и др. С 1991 по 1998 гг. отделом микологии заведовал проф. Г.И. Суколин, с 1998 — Ж.В. Степанова.



Рис. 34. **Проф. Г.И. Суколин и И.Я. Яцуха**



Рис. 35. **Проф. Р.М. Фронштейн (1882–1949) с сотрудниками отделения мужской гонореи ОГВИ**

Основателем отдела гонореи был проф. Н.Г. Иванов (1921–1923). В дальнейшем отделом мужской гонореи руководил проф. Р.М. Фронштейн (1882–1949). С 1923 г. он заведовал кафедрой урологии I Московского медицинского института им. И.М. Сеченова. Опубликовал 142 научные работы, руководство для врачей по урологии в двух изданиях (1938, 1949). В течение 19 лет был редактором журнала «Урология», имел много учеников в области урологии (М.А. Заиграев, А.И. Дмитриев, И.М. Порудоминский и др.).

Проф. И.М. Порудоминский (1880–1967) стал видным специалистом в области гонореи, в 1916 г. окончил Казанский университет. С 1940 по 1962 гг. заведовал урологическим отделением ЦКВИ, автор 200 научных работ, в том числе 6 монографий, один из первых главных врачей кожно-венерологического диспансера.

Отделом женской гонореи заведовал проф. А.Г. Кан, в дальнейшем Е.Н. Туранова (1965–1966), В.Е. Григорьев (1967–1972), О.И. Нюнникова (1962–1979), А.А. Скуратович (1979–1980), М.М. Васильев (1983–2003), В.И. Кисина (2003- 2004).

Научные исследования отделения были направлены на снижение заболеваемости гонореей и посвящены проблемам эпидемиологии, клиники, диагностике, лечению и профилактике гонореи и негонококковых заболеваний органов мочеполовой системы у взрослых и детей;

были составлены и изданы методические письма: «Борьба с мочеполовым трихомонозом» (1961), «Применение пирогенала в терапии гонорейных и негонорейных воспалительных заболеваний мочеполовых органов» (1960), «Бактериологическая диагностика гонореи» (1970), «Приготовление безасцитных питательных сред для культуральной диагностики трихомоноза» (1977) и многие другие.

Отделом микробиологии последовательно заведовали: Ю.А. Финкельштейн (1921–1937), С.С. Орлов (1937–1938), Л.М. Хатеневер (1938), Н.М. Овчинников (1938–1986), опубликовавший более 500 научных работ и 12 монографий: «Цитотоксические дермальные сыворотки» (1950), «Серологические исследования при сифилисе и гонорее» (1953, 1958), «Новые серологические реакции на сифилис» (1961), «Экспериментальный сифилис» (1956) и др. Ряд его работ посвящен проблеме лечения сифилиса антибиотиками. Н.М. Овчинников в течение ряда лет являлся председателем серологической комиссии Министерства здравоохранения СССР. Под его руководством подготовлено более 20 докторов и 40 кандидатов медицинских наук.

Ю.А. Финкельштейн впервые указал на изменчивость гонококка. Н.М. Овчинников изучил это явление, в том числе под влиянием различных лекарственных препаратов (сульфаниламидов, антибиотиков и др.). С 1981 по 1989 гг. этим отделом заведовали В.Н. Беднова, с 1989 по 2003 гг. — Г.А. Дмитриев.

Сотрудниками этого отдела написано 15 монографий и 1 атлас, отдельные главы в монографиях и руководствах, статьи в БМЭ и др.

Институт является инициатором разработки схем лечения гонореи.

Серологической лабораторией руководили О.В. Виноградова, Л.С. Резникова, автор около 200 научных работ и 2 монографий.

Гистологической лабораторией с 1943 по 1951 гг. руководила Е.Я. Герценберг (1886–1960), с 1951 по 1963 гг. Е.Ф. Беляева, с 1963 по 1987 гг. Г.М. Цветкова, с 1988 г. И.С. Персина, с 1991 г. А.М. Вавилов.

Электронно-микроскопической лабораторией руководит проф. В.В. Делекторский.

С 1958 по 1968 гг. в ЦКВИ работал В.И. Сухарев (1891–1971) видный физиотерапевт и специалист по курортному лечению кожных больных. Он первый экспериментально доказал трансформирующее действие эргостерола, действие протонового пучка от циклотрона.

Важным событием явилась разработка А.В. Брайцевым и Г.Д. Худановым модели терапевтического аппарата, за что авторам было выдано авторское свидетельство.

Успешно развивались исследования эффективности курортного лечения, показания и противопоказания к нему у больных системной и распространенной склеродермией совместно с Пятигорским институтом курортологии, разработаны методы лечения электорофорезом, фотохимиотерапии, магнитотерапии, лазеротерапии (А.П. Ракчеев).

В 1971 г. в институте создан отдел научно-медицинской информации, руководителем которого до 1984 г. был доктор медицинских наук В.Н. Мордовцев, затем В.А. Самсонов (1981–1988).

В 1973 г. была организована лаборатория поверхностно-активных веществ, которой заведовала доктор медицинских наук Е.А. Иевлева, затем Л.В. Алчангян.

За 1921–1971 гг. институтом было организовано 50 венерологических экспедиций и 71 передвижной отряд, осуществлено 749 выездов по стране.

Изучалось влияние на течение дерматозов сна, гипнотерапии, создания охранительного режима, что привело к разработке более эффективных методов лечения (Р.Я. Малыкин, Н.С. Смелов, А.В. Брайцев, А.П. Хрунова, Г.М. Большакова).

Комплексные исследования проводились по основным направлениям:

— роль нервной системы и гуморальных факторов в реактивности здоровой и больной кожи;

— изучение этиологии, патогенеза, профилактики и терапии наиболее тяжелых и распространенных заболеваний кожи;

— изучение этиологии, клиники, профилактики и терапии дерматомикозов;

— изыскание новых методов диагностики, лечения и профилактики сифилиса и гонореи;

— изучение этиологии, патогенеза, диагностики и терапии негонорейных воспалительных заболеваний мочеполовых органов.

Большое внимание уделялось вопросам изучения профессиональных дерматозов, методам диагностики и профилактики лепры, изучению влияния ионизирующих излучений на кожу, климатокурортотерапии больных дерматозами.

В исследованиях по проблеме «Научные основы дерматологии и венерологии», проводившихся в 1968 г., участвовали кроме ЦКВИ институты высшей нервной деятельности АН СССР, Всесоюзный научно-исследовательский химико-фармацевтический институт и др.

Под руководством Н.С. Смелова и Е.Х. Ганюшиной в 1960–1970 гг. проводились комплексные патофизиологические исследования. Этим отделением заведовали: Н.Д.Россиянский, И.А. Ойвин, С.С. Халатов, Р.Я. Малыкин, П.М. Залкан, Е.Х. Ганюшина, А.П. Хрунова, Е.А. Досычев, Ю.П. Бородин, Е.П. Фролов, В.Г. Акимов.

Проводилось изучение структуры кожи и ее придатков с использованием гистохимических, электронно-микроскопических и других методов исследования биохимических изменений в организме в здоровой и больной коже. С этой целью были внедрены методы электронной микроскопии, гистохимии, авторадиографии, современные биохимические, иммунологические, вирусологические и экспериментальные исследования (Г.М. Цветкова, З.М. Гетлинг, В.В. Делекторский и др.).

Много внимания уделялось проблеме реактивности кожи, в частности, при профессиональных дерматозах, лекарственной токсикодермии и др.

В настоящее время создана модель аллергического воспаления кожи, предложены методы специфического обследования больных аллергическими дерматозами, разработаны методики сенсибилизирующей терапии взрослых и детей, страдающих экземой и нейродермитом. Применению витаминов в дерматологии посвящена монография А.А. Студницина и Л.Д. Тищенко (1969).

Важным направлением научного исследования в институте является изучение характера иммунологических реакций в зависимости от природы специфического раздражителя.

В области профессиональных дерматозов изучены вопросы патогенеза, клинического течения и профилактики аллергодерматозов.

Большое внимание уделялось проблеме пиодермий. Для их лечения начали применять такие иммунологические препараты как стафилококковый анатоксин, стафилофильтраты и др. Различные антибиотики применяются не только при пиодермиях, но и других дерматозах.

Разработаны и внедрены в практику мази псориазин и антипсориатинум (В.А. Лаптев). Доказана эффективность пирогенной терапии (А.А. Студницин, Л.В. Алчангян, М.И. Мешков). Постоянно проводятся гистоморфологические исследования псориатических поражений. Доказана роль генетических факторов в развитии псориаза, а также доминантный характер наследственности этого заболевания (В.Н. Мордовцев, Л.И. Сыч, И.А. Чистякова). Подтверждена возможность вирусной природы псориаза (А.А. Студницин, В.Н. Мордовцев, О.Л. Поздняков).

Проблемой многочисленных клинических исследований была экзема и аллергические дерматозы. Выявлены аутоиммунные сдвиги у больных, значительные изменения в окислительно-восстановительных процессах в коже (Г.М. Цветкова, Н.Ф. Новикова).

Большое число научных исследований проведено по изучению этиологии, патогенеза, клиники и терапии красной волчанки.

Дерматологическая клиника ЦКВИ является инициатором разностороннего изучения проблемы гемодермии (Н.С. Смелов, Е.Ф. Беляева, А.А. Каламкарян, Л.И. Сыч), изучена клиника ретикулезов, ретикулосаркоматозов и ангиоретикулезов, выделена клиническая форма «первичных ретикулезов кожи». А.А. Каламкарян предложил новую классификацию гемодермий. Доказана эффективность лечения гемодермий наряду с кортикостероидными (преднизолон, дексаметазон, триамцинолон) и такими цитостатическими препаратами, как проспидин и фосфазин, синтезированных во ВНИХФИ В.А. Черновым.

Значительный вклад внесен в изучение коллагенозов, в проблему аллергических васкулитов, пузырчатки и др.

В области микологии большое внимание уделялось вопросам морфологии возбудителей, клиники, патогенеза, лечения эпидермиологии и организации борьбы с дерматофитиями и кандидозом, особенно профессиональным.

Предложена клиническая классификация эпидермифитийных поражений, впервые в стране описан микоз, обусловленный красным трихофитоном.

Установлены пути инфицирования грибами рода кандида новорожденных, разработаны методы антинатальной профилактики этой инфекции.

Намечены перспективы дальнейшего развития отечественной микологии в области патогенеза, терапии, эпидемиологии и профилактики микозов в нашей стране.

Применение новых методов лечения и профилактики дерматофитий привело к значительному снижению заболеваемости ими и к практической ликвидации некоторых из них (фавус).

Важным научным направлением в деятельности института являются исследования роли генетических факторов в развитии и течении некоторых дерматозов (псориаз, нейродермит и др.), а также изучение особенностей патогенеза и течения заболеваний кожи в детском и пожилом возрасте (В.М. Мордовцев).

Большая работа проделана институтом по снижению заболеваемости лепрой. Большой вклад был внесен в изучение новых методов терапии дерматозов.

Необходимо также отметить, что многие дерматологи (Г.И. Мещерский, М.А. Розентул, М.М. Шестаков, К.Р. Аствацатуров, А.И. Картамышев, Л.Н. Машкиллейсон, М.П. Демьянович, Ю.Ф. Королев и др.) в своих работах большое внимание уделяли лечению и изучению патогенеза заболеваний кожи, связанных с косметическими надостатками. В 1999 г. в ЦНИКВИ организовано отделение медицинской косметологии (И.В. Данищук, О.В. Забненкова), на базе которого работает и Центр «Здоровые волосы» (М.А. Чирченко, А.Г. Гаджигороева). Большую работу проводит поликлиника института, руководителями которой были Н.П. Демьянович, С.М. Гитман, Е.С. Крылова, Р.Ф. Федоровская, С.М. Федоров, А.А. Данилова, И.И. Петухова и др.

Сотрудниками института по различным проблемам дерматовенерологии только с 1921 по 1970 гг. было опубликовано 130 монографий, 3701 научная работа, предложено 61 изобретение, издано 128 методических писем и инструкций, большая часть которых выполнена в послевоенный период. Только за 1971–1975 гг. издано 75 научных сборников, 27 учебников и учебных пособий, 10 справочников, 168 методических изданий, 112 монографий.

Институтом проводилась большая работа по подготовке кадров. Было защищено 137 докторских и 234 кандидатских диссертаций, 313 врачей

окончили клиническую ординатуру и аспирантуру, 3 801 врач прошел подготовку на рабочих местах.

Ведущие ученые института являются почетными членами ряда зарубежных научных обществ и экспертами ВОЗ. В 1961 г. был проведен передвижной семинар ВОЗ, на котором представители более 50 стран мира ознакомились с вопросами лечения венерических болезней в нашей стране.

В исследованиях по проблеме «Научные основы дерматологии и венерологии» принимали участие более 1380 научных сотрудников и врачей, работающих в 11 институтах и на 96 кафедрах кожных и венерических болезней институтов — медицинских и усовершенствования врачей.

При проведении научных исследований основное внимание уделялось предупреждению распространения венерических и заразных кожных заболеваний среди населения, совершенствованию методов их профилактики, диагностики и лечения (Ю.К. Скрипкин и др., 1982).

А.А. Кубанова с соавторами (2006) указывает, что «коллектив института полон творческих планов и имеет высокий потенциал своего вклада в развитие дерматоловенерологии».

Внедрение в практику достижений науки, особенно результатов диссертационных работ, должно быть закономерным итогом научных изысканий. Более быстрое внедрение достижений науки в работу лечебных учреждений будет способствовать широкому привлечению к научно-исследовательской деятельности практических врачей.

В течение многих лет по заданию ВОЗ проводилось комплексное исследование чувствительности гонококков к антибиотикам в различных регионах России. По заданию ВОЗ в эксперименте изучалось клиническое течение фромбезии, морфология и биология ее возбудителя.

ЦКВИ принимал участие в разработке научных основ системы диспансерного обследования больных хроническими кожными заболеваниями.

Большая работа проводилась и проводится в ЦКВИ по научно-методическому руководству в области дерматовенерологии в стране специализированным ученым советом по защите докторских и кандидатских диссертаций. Много внимания уделяется обеспечению успешной работы Всесоюзного научного общества дерматологов и венерологов, в том числе подготовке и проведению всесоюзных съездов, пленумов и конференций.

Наряду с темами, рекомендованными ВОЗ, ряд научных проблем институт разработал совместно с ГДР, НРБ, ЧССР, ПНР и специалистами других стран. На базе ЦКВИ проведены многочисленные симпозиумы и конференции с участием зарубежных специалистов. Ведущие ученые института избирались почетными членами многих зарубежных дерматологических обществ, являются членами-экспертами ВОЗ.

Таким образом, Центральный научно-исследовательский кожно-венерологический институт является не только научно-исследовательским учреждением государственного значения по вопросам дерматологии и венерологии, но и осуществляет роль организационно-методического центра по борьбе с кожными и венерическими болезнями в нашей стране. Под его руководством создана большая сеть кожно-венерологических диспансеров, кожно-венерологических отделений и кабинетов в поликлиниках и амбулаториях, венерологических пунктов в сельских местностях, организованы кожно-венерологические институты почти во всех бывших союзных республиках России.

Научная школа ЦКВИ является академическим научно-исследовательским коллективом прогрессивной направленности, лидеры которой периодически меняются.

В 2006 г. выпущен юбилейный сборник к 85-летию института ЦНИКВИ. Институт имеет свой сайт www.cnikvi.ru.

11.3. ДОКТОРСКИЕ ДИССЕРТАЦИИ, ВЫПОЛНЕННЫЕ СОТРУДНИКАМИ ЦНИКВИ (1921–2006)

1. АБУДУЕВ М.К. — Влияние урогенитальной хламидийной микоплазменной инфекции на генеративную функцию мужчин. М., 2001.
2. АЙВАЗЯН А.А. — Пренатальная диагностика и профилактика врожденных эритродермий, аутосомно-рецессивных дистрофий кожи и пограничного булезного эпидермолиза. М., 2006.
3. АКИМОВ В.Г — Фотодерматозы. Патогенетическая роль свободнорадикального фотоокисления липидов мембран, лечение, профилактика. М., 1988.
4. АЛЬБАНОВА В.М. — Булезный эпидермолиз: диагностика и лечение. М., 1993.
5. АРИЕВИЧ А.М. — Поверхностные дрожжевые поражения кожи и слизистых оболочек. М., 1946.
6. БЕДНОВА В.Н. — Серологическая диагностика сифилиса методом иммунофлюоресценции. М., 1969.
7. БОРИСЕНКО К.К. — Псориаз, нейрогуморальные механизмы патогенеза, новые методы лечения, направленные на их коррекцию. М., 1983.
8. ВАВИЛОВ А.М. — Клиника, морфология и гистогенез опухолей придатков кожи (потовых желез и волосяных фолликулов). М.,1991.
9. ВАНШТЕЙН А.Б. — Сальварсановые эритемы и дерматиты (клиника, патогенез и терапия). М., 1940.
10. ВАСИЛЬЕВ Т.В. — Лечение больных сифилисом отечественными дюрантными препаратами пенициллина (экмоновоциллином, бицилином-1, 3 и 4 и бициллином-3, 4 в комбинации с пирогеналом). М., 1966.

11. ВАСИЛЬЕВ М.М. — Особенности клиники мочеполового трихомониаза, совершенствование диагностики и лечения (клинико-экспериментальное исследование). М., 1990.

12. ВЕДРОВ Н.С. — Лечение сифилиса висмутом в свете данных по его абсорбции и выделению. М., 1941.

13. ВЕЙН М.А. — Клиника и патогенез нитритоидных кризов. М., 1938.

14. ВОЛНУХИН В.А. — Фотохимиотерапия больных ограниченной склеродермией с учетом изменения структуры, состояния иммуной системы и метаплазии соединительной ткани. М., 2004.

15. ГАДЖИМУРАТОВ М.Н. — Современные возможности предупреждения трансфузионного сифилиса. М., 2000.

16. ГОМБЕРГ М.А. — Персистенция хламидийной инфекции. Клинико-морфологическая характеристика, иммуные механизмы развития. М., 2003.

17. ГРЕБЕНЮК В.Н. — Рецидивирующий генитальный герпес. Клиника, особенности иммунореактивности, лечение. М., 1983.

18. ДАВЫДОВ А.В. — Болезни почек у сифилитиков. М., 1942.

19. ДЕЛЕКТОРСКИЙ В.В. — Материалы к изучению ультраструктуры и биологии бледной трепонемы пертенуэ. М., 1971.

20. ДМИТРИЕВ А.И. — Кожная реакция при гонорейных заболеваниях. М., 1936.

21. ДОЛЯ О.В. — Современные методы профилактики и диагностики сифилиса у детей. М., 2001

22. ЕЛИСТРАТОВА М.Ф. — Возрастные особенности вагины в отношении гликогена и амилазыю М., 1940.

23. ЗАЛКАН П.М. — Материалы к изучению аллергии и иммунитета при дерматомикозах. М., 1939.

24. ИБРАГИМОВ Ж.И. — Особенности клиник, патогенеза и терапии истинной экземы у больных пожилого возраста. М., 1991.

25. ИЕВЛЕВА Е.А. — Экспериментальные материалы к изучению аллергических реакций на химические вещества. М., 1974.

26. КАЛАМКАРЬЯН А.А. — Ретикулезы кожи. Клиника, гистология и терапия первичного ретикулеза и ретикулосаркоматоза кожи. М., 1969.

27. КИСИНА В.И. — Инфекционные урогенитальные заболевания у женщин. Клинико-лабораторные экспериментальные исследования. М., 1997.

28. КЛЮВАЕВ В.В. — Совершенствование деятельности дерматовенерологической службы с использованием медико-информационной системы. М., 1995.

29. КОЧЕТОВ В.Д. — Клиника и ранняя диагностика современных форм сифилиса нервной системы. М., 1978.

30 КУБАНОВА А.А. — Комплексная иммунологическая и молекулярная диагностика папиломовирусной инфекции у больных и опреде-

ление формирования злокачественной трансформации эпителиальных тканей. М., 2005.

31. ЛАСС Д.И. — Материалы к массовой арсенотерапии капельным методом. М., 1946.

32. ЛЕЩЕНКО В.М. — Аспергиллез. Экспериментально-клиническое исследование. М., 1870.

33. ЛИНДЕ Е.И. — Влияние белого стрептоцида на беременность и лактацию. М., 1946.

34. ЛОСЕВА О.К. — Сексуальное поведение больных сифилисом (эпидемиология и социальные проблемы). М., 1991.

35. МАНДЕЛЬ А.Ш. — Эффективность лазерной фотохимиотерапии у больных хроническими дерматозами (клинико-экспериментальное исследование). М., 1989.

36. МАСЮКОВА С.А. — Хроническая пиодермия: патогенетическое значение структурно-функциональных изменений. М., 1994.

37. МИНСКЕР С.М. — Специфическая иммунотерапия стафилококковых заболеваний кожи. М., 1943.

38. МОРДОВЦЕВА В.В. — Клинико-морфологическая характеристика веретеноклеточного или эпителиодного невуса (невус Спитца) с использованием морфологического анализа, методом световой микроскопии и иммуногистологии. М., 2000.

39. МОРДОВЦЕВ В.Н. — Роль наследственных факторов при псориазе. М., 1977.

40. НИКИТИНА М.Н. — Ограниченная склеродермия у детей. Вопросы клиник, патогенеза и лечения. М., 1980.

41. ОВЧИННИКОВ Н.М. — Морфология и биология гонококка. М., 1937.

42. ПАШКОВ Б.М. — Поражения костной системы при позднем врожденном сифилисе. М., 1951.

43. ПЕВЗНЕР Я.И. — Патологическая анатомия гонорейных орхитов. М., 1039.

44. ПЕРСИНА И.С. — Клиническая морфология злокачественных лимфом кожи. М., 1989.

45. ПОТЕКАЕВ Н.Н. — Распространение дермофитий в Российской Федерации (этиология, патогенез, клиника и терапия). М., 2001.

46. ПОРУДОМИНСКИЙ И.М. — Пути распространения гонорейной инфекции у мужчин. М., 1936.

47. РАКЧЕЕВ А.П. — Применение гелий-неоновых и неодимовых лазеров в дерматологии (клинико-экспериментальное исследование). М., 1987.

48. РЕЗНИКОВА Л.С. — Очищенные антигены для серодиагностики сифилиса. М., 1956.

49. САЗОНОВА Л.В. — Экспериментальные исследования и клиническая оценка некоторых специфических реакций на сифилис. М., 1967.

50. САМСОНОВ В.А. — Нейродермит и небактериальная аллергия (диагностика, патогенез, специфическая десенсибилизирующая терапия). М., 1984.

51. СЕЛИССКИЙ А.Б. — Заболевания кожи, вызываемые солнечной радиацией. Пурпурно-экзематозная группа. М., 1939.

52. СЕМЕНОВА Т.Б. — Простой герпес: клиника, диагностика, лечение и профилактика. М., 1992.

53. СМЕЛОВ Н.С. — Осарсол в эксперименте и клинике сифилиса. М., 1940.

54. СОКОЛОВА Т.В. — Чесотка и крысиный клещевой дерматит. Новое в этиологии, эпидемиологии, клинике и лечении. М., 1992.

55. СОКОЛИН А.И. — Оценка терапии сифилиса на основании изучения отдаленных результатов лечения больных за 1890–1947 гг. М., 1959.

56. СТЕПАНИЩЕВА З.Г. — Экспериментальные материалы к эпидемиологии и биологии пушистого микроспориума. М., 1958.

57. СТЕПАНОВА Ж.В. — Клиника, патогенез и терапия хронического генерализованного (гранулематозного) кандидоза. М., 1988.

58. СУКОЛИН Г.И. — Эпидемиология, клинический полиморфизм наследственных и наиболее распространенных дерматозов в различных климато-географических зонах. М., 1986.

59. СТУДНИЦИН А.А. — Лечение сифилиса пенициллином в комбинации с лихорадкой. М., 1952.

60. ТИМЧЕНКО Г.Ф. — Реакция пассивной гемоаглютинации в серодиагностике сифилиса. М., 1991.

61. ТОТКИН И.А. — Организация адекватной медицинской помощи при ИПП и ВИЧ-инфекции в уязвимых группах населения Российской Федерации. М., 2006.

62. ТУРАНОВ Н.М. — Материалы к истории борьбы с сифилисом в СССР и пути ликвидации заразных форм этой инфекции. М., 1965.

63. ТУРАНОВА Е.Н. — Негонококковые вагиниты у девочек. М.,1966.

64. УМЕРОВ М.Т. — Аутоиммунные механизмы поражения нервов при лепре и действие на этот процесс противолепрозных средств. М., 1987.

65. ФАРАДЖЕВ З.Г. — Ангиопролиферативные заболевания кожи и саркома Капоши. М., 1900.

66. ФЕДОРОВ С.М. — Клинические, морфо-функциональные изменения кожи при действии фосфорорганических пестицидов. Методы профилактики и лечения (клинико-эксперитментальное исследование). М., 1988.

67. ХРУНОВА А.П. — Особенности клинического течения невродермита, псориаза и красной волчанки и патогенетическое значение функциональных изменений нервной регуляции (клинико-экспериментальное исследование). М., 1968.

68. ШАКИРОВ М.Т. — Заболевания, передаваемые половым путем у мужчин-гомосексуалитов (клинико-лабораторные, медико-социологические экспериментальные исследования). М.,1991.

69. ШЕКЛАКОВ Н.Д. — Поражения слизистой оболочки при некоторых буллезных дерматозах (клинико-лабораторные исследования). М., 1967.

70. ЯЦУХА М.В. — Культуральная диагностика гонореи и трихомониаза (оптимизация качества исследований, затраты труда). М., 1986.

Литература

1. Аравийский А.Н., Ариевич А.М., Кашкин П.Н. — Пятьдесят лет советской медицинской микологии. Вестник дерматологии и венерологии, 1967, №9, с. 3–12.

2. Артамонова Л.А., Студницин А.А. — Борьба с венерическими и кожными болезнями. В кн.: Сорок лет советского здравоохранения. М., 1957, с. 166–171.

3. Броннер В.М. — Борьба с проституцией в Советской России. Венерология и дерматология. 1924, № 6, с. 31–34.

4. Броннер В.М. — Некоторые задачи в борьбе с проституцией. Венерология и дерматология. 1925, №2, с. 100–104.

5. Брычёв А.А., Гальперин С.Е., Зильберман Б.Н., Смелов Н.С. — Схема лечения сифилиса. М., 1932.

6. Гальперин С.Е. — Ближайшие задачи борьбы с венерическими заболеваниями. Бюлл. НКЗ, 1926, №17, с. 9.

7. Гольдзильбер Э.М. — Борьба с венерическими болезнями. В кн.: Двадцать пять лет советского здравоохранения. М., 1944, с. 158–167.

8. Гусаков Н.И. — Коронационное убежище. Вестник последипломного медицинского образования. 2006, №3–4, 10–16.

9. Гусаков Н.И. — Профессор М.А. Членов и доктор А.П. Чехов (К 125-летию со дня рождения М.А. Членова). Вестник последипломного медицинского образования. 2005, №3-4, с.13-17.

10. Данюшевский С.М. — Задачи борьбы с кожными и венерическими болезнями в 1941 г. Вестник венерологии и дерматологии. 1941, №1, с. 3–10.

11. Дударев А.В., Гусаков Н.И., Рыченков В.М. — Из истории больницы №14 им. В.Г. Короленко. В кн.: Тезисы докладов VII Российского съезда дерматологов и венерологов. Ч. 1, Казань, 1996, с. 6–7.

12. Кром Э.А., Зальцман Г.Г. — Вендиспансер и борьба с проституцией. Венерология и дерматология. 1927, №6, с. 563–574.

13. Кубанова А.А., Дударев А.В., Самсонов В.А. — Центральному научно-исследовательскому институту — 85 лет. Вестник дерматологии и венерологии. 2006, №5, с. 4–16.

14. Литвинов М.П. — Первое десятилетие существования Московского городского убежища в память Священного Коронования Их Императорского Величеств. В кн.: Альбом убежища в память Священного Коронования Их Императорских Величеств и Дома призрения имени И.Д. Баева старшего. М., 1914, с. 3–11.

15. Никитина Н.В. — Основные направления в работе кожно-венерологичес-

ких учреждений в 1972–1975 гг. Вестник дерматологии и венерологии. 1972, №6, с. 3–8.

16. Прохоренков В.И. — Неизвестные и трагические страницы отечественной дерматовенерологии (1918–1953). Вестник дерматологии и венерологии. 2002, №3, с. 72–77.

17. Розентул М.А. — Достижения советской сифилидологии за 40 лет. Вестник дерматологии и венерологии. 1957, №5, с. 23–29.

18. Россиянский Н.Л. — Пятнадцатилетие Объединённого Государственного дерматовенерологического института им. В.М. Броннера. Советский вестник венерологии и дерматологии. 1936, №8–9, с. 711–719.

19. Россиянский Д.М. — Очерк истории возникновения и развития медицинского факультета Московского университета в период до Великой Октябрьской социалистической революции. Вестник Московского университета. М., 1947, №10, с. 85–110.

20. Российский Д.М. — Об изучении истории развития отечественной дерматовенерологии. Вестник венерологии и дерматологии. 1953, №5, с. 43–47.

21. Семашко Н.А. — Организационные задачи в борьбе с проституцией. Венерология и дерматология. 1924, №4, с. 28–31.

22. Соловьёв З.П. — Тяжёлое наследство. Вопросы здравоохранения. 1940, №1, с. 98–101.

23. Скрипкин Ю.К., Туранов Н.М., Мордовцев В.Н., Студницин А.А., Рукавишникова В.М. — Основные результаты научных исследований в области дерматовенерологии за 1976–1980 гг. Вестник дерматологии и венерологии. 1982, №2, с. 4–11.

24. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Дударев А.В., Фёдоров С.М., Селисский Г.Д., Кулагин В.И., Мыскин В.С. — История организации дерматовенерологической помощи в Москве. Вестник дерматологии и венерологии. 1996, №6, с. 77–79.

25. Скрипкин Ю.К., Туранов Н.М., Мордовцев В.Н., Студницин А.А. — Центральному научно-исследовательскому кожно-венерологическому институту — 60 лет. Вестник дерматологии и венерологии. 1984, № 12, с. 4–10.

26. Студницин А.А., Туранов Н.М. — Основные принципы организации борьбы с венерическими и кожными заразными болезнями. М., 1961, с. 12–23.

27. Студницин А.А., Туранов Н.М. — Итоги борьбы с венерическими и заразными кожными болезнями в СССР. Вестник дерматологии и венерологии. 1957, №5, с. 3–10.

28. Туранов Н.М., Студницин А.А. — Задачи научных исследований по дерматовенерологии на 1980–1985 гг. В кн.: VII Всесоюзный съезд дерматовенерологов (тезисы докладов). М., 1989, ч. 1, с. 5–8.

29. Туранов Н.М., Студницин А.А. — Центральному кожно-венерологическому институту — 50 лет. В кн.: Актуальные вопросы патогенеза и терапии кожных и венерических болезней. М., 1971, с. 39–55.

30. Туранов Н.М., Студницин А.А., Дмитриева И.Н., Случевская М.П., Поздняков О.Л. — О внедрении в практику научных достижений по проблеме «Научные основы дерматологии и венерологии за 1966-1970 гг.». В кн.: Актуальные вопросы патогенеза и терапии кожных и венерических болезней. М., 1971, с. 3–39.

31. Туранов Н.М. — К истории борьбы с социальными болезнями в СССР. Вестник дерматологии и венерологии. 1969, №10, с. 3–10.

32. Туранов Н.М. — Дерматовенерологическая помощь в РСФСР к 40-летию Советской власти. В кн.: Сб. работ I Всероссийской конференции врачей-дерматовенерологов 17–21 июня 1957 г. М., 1958, с. 9–17.

33. Туранов Н.М., Фандеев Л.И. — Организация борьбы с венерическими болезнями в СССР. В кн.: Венерические болезни. Руководство для врачей. М., 1956, с. 471–486.

34. Яровинский М.Я. — Здравоохранение Москвы. М., 1988.

Глава 12

ВАЖНЕЙШИЕ НАУЧНЫЕ ШКОЛЫ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ (XX ВЕК)

12.1 НАУЧНАЯ ШКОЛА ПРОФ. Г.И. МЕЩЕРСКОГО

Талантливый ученик профессора А.И. Поспелова Герман Иванович Мещерский (1874–1936) продолжал развивать идеи своего учителя и разрабатывал многие проблемы отечественной дерматовенерологии, сыграл важную роль в становлении советского здравоохранения.

Г.И. Мещерский родился в г. Руза Московской губернии. Среднее образование получил в 6-й Московской гимназии. В 1893 г. поступил на медицинский факультет Московского университета, который окончил в 1898 г. После окончания медицинского факультета Г.И. Мещерский был оставлен при университете в клинике кожных и венерических болезней, которой заведовал тогда проф. А.И. Поспелов.

Научная деятельность проф. А.И. Поспелова характеризуется клиническим направлением изучения не только кожного покрова больного человека, но и состояния его нервной системы, органов желез внутренней секреции и органов внешней среды. Это положение нашло отражение в его «Руководстве к изучению кожных болезней для врачей и студентов» (1905). Большой вклад проф. А.И. Поспелов и его ученики (П.А. Ширяев, В.И. Разумов, А.И. Лянц, Н.С. Сперанский и др.) внесли в учение о венерических болезнях (сифилисе).

Работая в качестве ординатора клиники проф. А.И. Поспелова, Г.И. Мещерский последовательно занимал должность ассистента, с 1910 г. — доцента.

В 1904 г., через шесть лет после окончания университета, он защитил докторскую диссертацию «К учению об идиопатической прогрессивной атрофии кожи и об отношении ее к склеродермии». Тема этой диссертации являлась продолжением научных исследований проф. А.И. Поспелова, который описал идиопатическую прогрессивную атрофию кожи. Г.И. Мещерский этой теме посвятил девять научных работ. Он сделал важный вывод о том, что прогрессивная атрофия и склеродермия — патологически близкие процессы. Он установил наличие переходных форм между атрофией кожи и склеродермией, описал клинику, гистопатологию и патогенез этого заболевания.

Изданная в 1910 г. диссертация Г.И. Мещерского является ценным руководством по изучению клинической прогрессивной атрофии кожи.

С 1911 по 1916 гг. кафедрой заведовал проф. И.Ф. Зеленев, под руководством которого за это время было выполнено сто научных работ, посвященных вопросам серодиагностики и лечения сифилиса препаратами мышьяка, кожному лейшманиозу и другим дерматозам.

Под руководством проф. И.Ф. Зеленева Г.И. Мещерский (1915) впервые описал клинические проявления кожного лейшманиоза, развитие папулобугорка как первичного элемента, образование язвенных и узелковых лимфангоитов. Г.И. Мещерский установил также значение мелкого травматизма в патогенезе пиодермии, что позволило выработать рациональные методы профилактики гнойничковых заболеваний кожи на производстве.

С 1917 по 1925 гг. кафедрой заведовал проф. В.В. Иванов, внесший большой вклад в развитие советской дерматологии и венерологии. Проф. В.В. Иванов много сделал в борьбе с лепрой в нашей стране, развил учение о профессиональных заболеваниях кожи, был одним из организаторов борьбы с венерическими заболеваниями.

Под руководством проф. В.В. Иванова Г.И. Мещерский продолжал активно изучать патогенез, клинику, лечение и методы профилактики венерических болезней, в частности сифилиса.

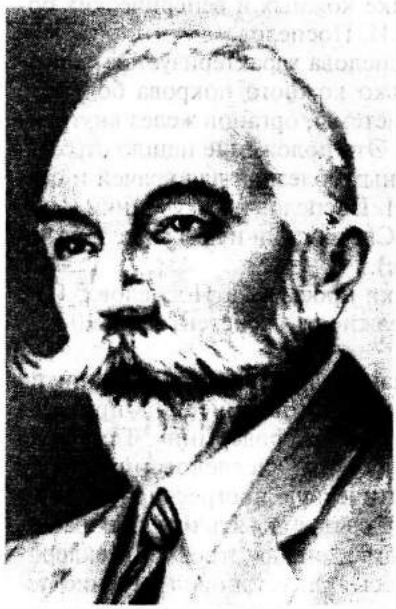


Рис.36. **Проф. Г.И. Мещерский (1874–1936)**

Еще в 1907 г. Г.И. Мещерский выступил на Пироговском съезде с докладом «К лечению злокачественного сифилиса», в котором сказал, что «главнейшие причины злокачественности сифилиса заложены в самом организме, завися, очевидно, от малой стойкости последнего, от слабой сопротивляемости его по отношению к инфекции».

В 1907 г. в Москве вышла монография Г.И. Мещерского «Лечение сифилиса», представляющая собой руководство для врачей и студентов. На основании богатого опыта клиники кожных и венерических болезней Московского университета, а также на основании литературных данных в ней разработаны методы лечения больных сифилисом, изложены свойства и терапевтическое действие применявшихся в то время про-

тивосифилитических средств, определены показания к ним, описана клиническая картина осложнений с указанием методов лечения и их профилактики.

Особо интересным является материал 9 главы о серотерапии сифилиса, об активной иммунизации сифилиса путем введения под кожу ослабленного разведением «яда сифилиса». Однако, как отмечает автор книги, эти «интересные попытки» ждут своего окончательного решения в будущем.

В работе «К лечению злокачественного сифилиса» (1907) Г.И. Мещерский рекомендовал одновременно лечение йодом и мышьяком.

Лечению сифилиса посвящена также работа Г.И. Мещерского «Атаксия при кондиломатозном сифилисе» (1908). В 1916 г. совместно с С.Л. Богровым Г.И. Мещерский впервые проводил лечение больных отечественными препаратами мышьяка и показал их высокую терапевтическую активность.

Г.И. Мещерский принимал активное участие в организации борьбы с венерическими заболеваниями. С июня 1917 г. он работал во Всероссийской лиге борьбы с венерическими болезнями, созданной Пироговским обществом врачей, а с осени 1918 г. — в венерологической секции Наркомздрава РСФСР. В 1919 г. он принял участие в создании показательной венерологической амбулатории Наркомздрава, на базе которой организовал работу по подготовке врачей-дерматовенерологов. Большую ценность в этот период имела работа Г.И. Мещерского «Программа для чтений по венерическим болезням» (1921), предназначавшаяся именно в помощь врачам для санитарно-просветительной работы, изданная по решению венерологической секции Наркомздрава. В этом же году было опубликовано учебное пособие Г.И. Мещерского «Основные сведения о кожных и венерических болезнях», представлявшее большую научную ценность в то время.

В 1920 г. Г.И. Мещерский занимался организацией Государственного венерологического института по разработанному им проекту.

Так протекал первый этап (1898–1920) развития научной школы проф. Г.И. Мещерского под руководством профессоров А.И. Поспелова, И.Ф. Зеленева и В.В. Иванова. Он характеризуется формированием Г.И. Мещерского как крупного ученого советской дерматологии и венерологии.

Второй этап (1920–1925) развития научной школы проф. Г.И. Мещерского проходит в период его заведования кафедрой кожных и венерических болезней 2-го Московского государственного университета. В это время своей научной деятельности проф. Г.И. Мещерский много внимания уделял исследованиям в области сифилидологии. Большую пользу для практической сифилидологии имела монография Г.И. Мещерского «Лечение сифилиса» (1921), в которой и современный врач-венеролог может найти много ценного, особенно в отношении индивидуального подхода к лечению больных сифилисом.

Этой же проблеме были посвящены работы Г.И. Мещерского «Основа и практика современного лечения сифилиса» (1922), «Новейшие направления в области изучения и лечения сифилиса» (1923) и другие. Г.И. Мещерский впервые в советской сифилидологии описал раннее поражение сифилисом почек.

В работе «Ранний врожденный сифилис, его распознавание и борьба с ним» (1923) Г.И. Мещерский указал на необходимость лечения женщин, больных сифилисом во время беременности, что явилось профилактикой врожденного сифилиса.

В 1922 г. Г.И. Мещерский описал ветвистое ливедо, в 1924 г. предложил классификацию лейкодерм и ввел название артифициальной лейкодермы.

Впитавший достижения мировой медицинской науки, особенно французской и английской, владея пятью иностранными языками, проф. Г.И. Мещерский сумел весь свой опыт и знания направить на создание своей научной школы дерматовенерологии, расцвет научной деятельности которой начался на 3-м этапе ее развития.

Третий этап (1925–1936) развития научной школы проф. Г.И. Мещерского связан с заведованием кафедрой кожных и венерических болезней 1-го Московского медицинского института.



Рис.37. **Проф. Н.А. Черногубов (1883–1942)**

Под руководством проф. Г.И. Мещерского его ученики Ф.Н. Гринчар и В. А. Рахманов продолжали разработку рациональных методов лечения гнойничковых заболеваний кожи на производстве. Они занялись поиском конкретных мер по ликвидации гнойничковых заболеваний кожи на промышленных предприятиях г. Москвы. Свои исследования Ф.И. Гринчар и В.А. Рахманов обобщили в монографии «Гнойничковые заболевания кожи среди рабочих металлургической промышленности и борьба с ними» (1932).

По заданию научного совета при Всероссийской центральной кассе социального страхования Ф.И. Гринчар и В.А. Рахманов (1934) изучали принципы распространения гнойничковых заболеваний кожи на железнодорожном транспорте. Для предупреждения распространения гнойничковых заболеваний и борьбы с ними

авторы предложили обеспечить всех рабочих спецодеждой, выделить необходимое количество мягкого обтирочного материала, установить достаточное количество душевых точек и своевременно обрабатывать мелкие травмы кожи и начальные формы пиодермии.

Значительный вклад в изучение пиодермии внес ученик проф. Г.И. Мещерского Н.А. Черногубов (1883–1949). Впервые в мировой практике он предложил клинико-гистологическую классификацию пиодермии. На основании своих исследований Н.А. Черногубов доказал, что гноеродные кокки могут вызывать при определенных условиях гранулематозные и пролиферативные процессы в коже человека. Результаты этого научного исследования Н.А. Черногубова были опубликованы на немецком языке в журнале «Archiv fur Dermatologie und Siphilis» (1925).

В 1926 г. Н.А. Черногубов предложил метод лечения грибковых заболеваний кожи вакцинами и дал теоретическое обоснование этого метода.

В 1928 г. Н.А. Черногубов совместно с А.Я. Пелевиной установил, что в патогенезе угревой болезни существенную роль играет пиококковая инфекция, что в дальнейшем получило подтверждение в работах Е.А. Апасовой. История этого открытия подробно описана в книге Б.М. Тумаркина «Хроническая язвенная пиодермия» (1947).

Необходимо отметить, что Н.А. Черногубов был крупным отечественным микологом-клиницистом, основоположником диспансерных методов борьбы с грибковыми заболеваниями кожи. Впервые в СССР применил для местного лечения талий вместо рентгеновского лечения грибковых заболеваний волосистой кожи головы.

В 1924 г. Н.А. Черногубов изучил выделение грибами токсинов и их влияние на состояние организма человека и его реактивность; развивающиеся общие иммунологические процессы в организме больного определяют наклонность глубоких форм трихофитии к самопроизвольному излечению, цикличность лечения трихофитии и микроспории.

Н.А. Черногубов (1925) показал, что поверхностные дерматомикозы волосистной части головы у детей вызывают развитие специфического и группового иммунитета.

В 1922 г. Н.А. Черногубов предложил для бактериологической диагностики дерматомикозов методику обработки патологического материала, известную в литературе как «метод обогащения по Черногубову».

С 1939 по 1941 гг. Н.А. Черногубов заведовал кафедрой кожных и венерических болезней 2-го Московского медицинского института. Он опубликовал около 70 научных работ в основном по вопросам грибковых заболеваний кожи, в частности при хронической глубокой трихофитии, лабораторной диагностике кожных и венерических болезней.

Продолжая исследования в области профессиональных заболеваний кожи, начатые еще проф. В.В. Ивановым, ученики Г.И. Мещерского Ф.Н. Гринчар, В.А. Рахманов, В.Я. Арутюнов и другие проводили исследования на различных предприятиях химической промышленности. Их

исследования способствовали организации успешной борьбы с профессиональными дерматозами и содействовали научному разрешению многих вопросов этой сложной и важной проблемы.

Своими научными исследованиями ученики проф. Г.И. Мещерского продолжали разрабатывать вопросы борьбы с профдерматозами в нашей стране. Ценным вкладом в решение этой проблемы явилась докторская диссертация В.А. Рахманова (1945) «Первая помощь при ожогах кислотами и щелочами». В дальнейшем свои наблюдения В.А. Рахманов обобщил в ряде статей и работах монографического характера. Он разработал и внедрил в практику принципиально новый и эффективный метод оказания первой помощи при ожогах минеральными кислотами и щелочами. Большое практическое значение сыграла предложенная В.А. Рахмановым специальная паста для очистки кожи от промышленных загрязнений и методика лечения чесотки в сельских условиях.

В.А. Рахманов (1901–1969) является известным ученым дерматовенерологом нашей страны, с 1945 по 1969 гг. заведовал кафедрой кожных и венерических заболеваний 1-го Московского медицинского института им. И.М. Сеченова. В 1957 г. он был избран членом-корреспондентом АМН СССР, а в 1963 г. ему присвоено звание заслуженного деятеля науки РСФСР.

Крупное научное значение приобрели исследования В.А. Рахманова о состоянии нервно-рецепторного аппарата нормальной и измененной кожи, а также работы о поздних рентгенодерматитах. Он был инициатором широкого внедрения гистохимического анализа в дерматологическую науку и практику. В.А. Рахманову принадлежит изучение и введение в практику новых эффективных препаратов и методов лечения (резохина при эритематозе, лидазы при склеродермии, диатомита при трофических язвах, гемодиализа при тяжелых и упорных дерматозах, диметилсульфоксида и кортикостероидных кремов и мазей при ряде дерматозов и др.). В.А. Рахманов описал новые формы дерматозов: солнечные красные угри, острую руброфитию, лучевую ангиосаркому.

В.А. Рахманов первый обратил внимание на неоправданно широкое применение радиоактивных изотопов в дерматологии вплоть до лечения фурункулов (А.Е. Халявкин, 1955), красной волчанки (Б.С. Биккения, 1955) и др. и, начиная с 1957 г., применение их стало быстро сокращаться.

В.А. Рахманов многое сделал для разрешения ряда кардинальных проблем сифилидологии, особенно по систематизации и научному обоснованию применявшихся в нашей стране схем лечения сифилиса, в изучении новых отечественных противосифилитических препаратов (бициллина-1 и бициллина-3).

В.А. Рахманов опубликовал около 300 научных работ по различным разделам дерматовенерологии. Под его руководством выполнено 14 док-

торских и 42 кандидатских диссертаций. Сотрудниками кафедры под его руководством опубликовано более 600 научных работ, под его редакцией вышло пять сборников научных трудов.

В.А. Рахманов создал свою научную школу советской дерматовенерологии. Многие из его учеников заведуют или заведовали кафедрами, научно-исследовательскими кожно-венерологическими институтами или отделениями: А.А. Антоньев, Н.С. Потекаев, И.Я. Шахтмейстер, Г.Ф. Романенко, О.Л. Иванов, В.В. Владимиров в Москве, А.И. Пятикоп в Харькове, Д.С. Сакварелидзе в Тбилиси, В.П. Сергеев в Казани и другие. Научная деятельность проф. В.А. Рахманова отражена в кандидатской диссертации Н.С. Потекаева «Материалы к истории кафедры кожных и венерических болезней 1-го Московского медицинского института».

С 1983 по 1988 гг. проф. Н.С. Потекаев заведовал кафедрой кожных и венерических болезней 1-го ММИ им. И.М. Сеченова. Под его руководством коллектив кафедры разрабатывал актуальные проблемы дерматовенерологии, изучал причины распространения социальных болезней (СПИД) и т.д. С 1989 г. кафедрой заведует другой ученик проф. В.А. Рахманова О.Л. Иванов, успешно продолжающий клиническое направление в научной деятельности кафедры.

Ежегодно коллектив кафедры в январе месяце проводит на кафедре Рахмановские чтения, на которых обсуждаются актуальные проблемы современной дерматологии и венерологии.

Следующим важным направлением работы научной школы проф. Г.И. Мещерского явились исследования по влиянию климатотерапии и сероводородных рассольно-солевых вод (Саки), применение внутрь минеральных вод, гидротерапии и физиотерапии. В 1932 г. по инициативе Г.И. Мещерского была организована группа из сотрудников кафедры по изучению вопросов лечения заболеваний кожи в условиях Сочи – Мацестинского курорта. В состав этой группы входили В.И. Сухарев, Ц.А. Кристанов, В.Л. Альтгаузен, Б.Г. Аль-перович и О.Г. Вихрева. Результаты исследования позволили установить показания и противопоказания к лечению кожных заболеваний на курорте Сочи – Мацеста.

Отмечая благотворное влияние ультрафиолетовых лучей (естественных и искусственных) при ряде заболеваний кожи, Г.И. Мещерский указывал на возможные осложнения при этом виде лечения. Он считал, что лечение ультрафиолетовыми лучами нужно проводить осторожно, при обязательном строгом врачебном контроле.

Для развития отечественной курортологии огромное значение имели научные исследования продолжателя идей Г.И. Мещерского – В.И. Сухарева (1891–1971), опубликовавшего по этому вопросу целый ряд научных работ, в которых разработаны методики лечения заболеваний кожи на курортах Пятигорска, Мацесты, Байрам-Али и других, было показано положительное влияние курортных факторов при многих за-

болеваниях кожи, объяснен механизм их действия, разработаны показания и противопоказания к их назначению.

В 1925 г. В.И. Сухарев написал первую в нашей стране работу по физиотерапии болезней кожи и мочеполовых органов человека. В эти же годы проводилась большая работа по использованию физических методов лечения в Институте кожного туберкулеза (М.М. Бременер, И.И. Шиманко, А.С. Берман, С.Е. Сладкович и другие).

В.И. Сухарев широко использовал физиотерапевтические методы лечения в дерматологической практике. На эту тему он делал доклады в Московском дерматологическом обществе, на съезде Всероссийского и Всесоюзного обществ врачей-физиотерапевтов. В частности, в 1927 г. на II съезде физиотерапевтов В.И. Сухарев выступил с докладом «Дозировка ультрафиолетового света при кожных заболеваниях», в 1928 г. на заседании Московского общества физиотерапевтов — о лечении кожных болезней на Пятигорском курорте, в 1930 г. выступил с докладом «Сравнительная оценка методов лечения псориаза, включая курортотерапию» в Московском обществе дерматовенерологов.

В 1936 г. В.И. Сухарев защитил докторскую диссертацию «Регионарная чувствительность кожи к ультрафиолетовым лучам, ее динамика и значение в прогнозе и терапии кожных болезней», явившуюся ценным вкладом в учение о реактивности кожи и организма. В.И. Сухарев опубликовал около 300 научных работ, в том числе 13 монографий, в которых разработаны вопросы курортологии и физиотерапии заболеваний кожи, применение в дерматологии ультрафиолетового света, лучей Рентгена и Букки. Под его руководством выполнено 14 кандидатских и 8 докторских диссертаций. Необходимо также отметить, что кроме доктора медицинских наук В.И. Сухарев удостоен ученой степени Доктора биологических наук за диссертацию «Эманизированные корма — стимулятор роста животного организма» (1937).

Необходимо также отметить научную деятельность ученика проф. Г.И. Мещерского В.Я. Арутюнова, выполнившего докторскую диссертацию «Новый биологический метод лечения мягкого шанкра и пиодермитов» (1938), посвященную терапии лаковой кровью.

Подобно другим представителям школы проф. Г.И. Мещерского В.А. Арутюнов (1899–1989) стал крупным ученым-дерматовенерологом нашей страны. В 1941 г. он был избран заведующим кафедрой кожных болезней Ивановского медицинского института, с 1945 г. избран по конкурсу директором клиники кожных болезней Московского областного научно-исследовательского института им. М.Ф. Владимирского. В этом институте под руководством В.Я. Арутюнова были выпущены 4 монографии, 4 сборника научных трудов врачей дерматовенерологов Московской области. Под его редакцией изданы сборники трудов «Актуальные вопросы косметологии», «Практическое пособие для массажисток-косметичек».

В.Я. Арутюнов является автором около 300 научных трудов, посвященных актуальным вопросам дерматовенерологии, в том числе 10 монографий. Под его руководством подготовлено 16 кандидатов и докторов наук. В монографиях «Гемодермии» (1964), «Аллергические васкулиты кожи» (1966) приведены данные об этих заболеваниях и разработанные в клинике оригинальные классификации их. В.Я. Арутюнов впервые в СССР описал клинику периорального дерматита, порфириновую болезнь.

Научные работы проф. В.Я. Арутюнова публиковались также в ГДР, Польше, Румынии, Чехословакии, США, Швейцарии, ФРГ, Франции и других странах. Он был избран почетным членом нескольких зарубежных дерматологических обществ.

В 1926 г. Г.И. Мещерский возглавил комиссию по борьбе с врожденным сифилисом, созданную по инициативе Московского общества детских врачей, Московского венерологического и дерматологического общества и Московского общества акушеров и гинекологов.

В качестве члена организационного бюро Г.И. Мещерский принимал активное участие в проведении трех Всесоюзных венерологических съездов. В течение 6 лет (1930–1936) он был председателем Московского общества дерматологов и венерологов.

Совместно с С.И. Богдановым в работе «Реинфекция и суперинфекция» (1928) Г.И. Мещерский установил, что суперинфекция возможна во всех периодах сифилиса. Необходимо отметить, что проблема реинфекции и суперинфекции послужила темой доклада Г.И. Мещерского и на VIII Международном конгрессе дерматологов и венерологов в Копенгагене в 1930 г.

Большую научную ценность в области сифилидологии представляет работа Г.И. Мещерского «О биотропных эритемах при арсенобензольном лечении» (1933), «Лечение сифилиса» (1935), «Учебник кожных и венерических болезней» (1936) и др. Под редакцией Г.И. Мещерского создавались методики преподавания кожных и венерических болезней в медицинских институтах. Им опубликован ряд ценных переводных руководств: «Руководство по венерическим болезням» (Ласса), «Руководство по кожным и венерическим болезням» (Рикке), «Профессиональные болезни кожи» (Уайта и Оппенгейма) и др.

Под руководством Г.И. Мещерского сотрудники кафедры изучали различные вопросы практической и теоретической венерологии. Д.А. Коган (1926) в работе «О так называемых ложно-гетчинсоновых зубах» представил результаты дифференциальной диагностики между гетчинсоновыми и ложно-гетчинсоновыми зубами и детально рассмотрел причины их развития. В.А. Рахманов в работе «К вопросу о патогномоничности Tuberculum Carabelli врожденного сифилиса» (1927) установил, что бугорок Карабелли не может рассматриваться как бесспорный признак врожденного сифилиса, что нашло отражение в кандидатской

диссертации Г.Д. Тер-Григоряна. И.Л. Белахов (1929) и Е.И. Апасова (1935) опубликовали редкие наблюдения увеличения паховых лимфоузлов при локализации твердого шанкра на шейке матки, что указывает на возможность существования анастомозов лимфатических сосудов шейки матки и наружных половых органов. В исследовании Н.А. Черногубова и В.А. Рахманова «Проявления активного сифилиса кожи и костной системы при прогрессивном параличе сухотке» (1931) разработан вопрос о взаимоотношениях специфических поражений нервной системы и сифилидов кожи и костей. В работе отмечены глубоко идущие различия между спинной сухоткой и прогрессивным параличом.

Большой интерес для практической сифилидологии представляют проведенные экспериментальные исследования по лечению сифилиса сотрудниками клиники А.М. Левиным, Л.А. Нерадовым и С.И. Чечулиным «О ядовитых свойствах йодистого калия при внутривенном вливании» (1929). В экспериментальных опытах авторов было сделано теоретическое обоснование вредности при внутривенном введении йодистого калия для лечения сифилиса, что привело к исключению этого метода из медицинской практики.

В экспериментальной работе И.Н. Олесова «К этиологии гангрен ягодиц после внутримышечных инъекций при сифилисе» (1926) установлено различие в патогенезе осложнений при внутримышечных инъекциях растворимых и нерастворимых препаратов ртути, а в работе «Судьба специфического инфильтрата и трепонем в твердом шанкре» (1929) доказано, что процесс рассасывания инфильтрата и замещение его рубцовой тканью происходит тем быстрее, чем энергичнее проводилось специфическое лечение. Результаты этого исследования были доложены на III Всесоюзном съезде по борьбе с венерическими болезнями.

А.М. Левин и А.А. Нерадов (1932) изучали у больных сифилисом выделение с мочой неосальварсана и установили факт его задержки при сальварсановых дерматитах. Ф.Н. Гринчар и В.А. Рахманов (1932), исследуя желудочный сок у больных сифилисом, впервые установили, что неосальварсан в первые три часа после внутривенного введения, не влияя на моторную функцию желудка, оказывает угнетающее действие на его секрецию. Результаты этих работ также были доложены на III Всесоюзном съезде по борьбе с венерическими болезнями.

Не потеряли своего значения и рекомендации о лечении больных сифилисом по хронически перемежающемуся методу. Заслуживает внимания предложение использовать в терапии сифилиса антисифилитические сыворотки и применять профилактическую иммунизацию ослабленными возбудителями. Г.И. Мещерский писал, что «эти опыты ждут своего окончательного решения в будущем».

Очень важными для профилактики сифилиса были предложения Г.И. Мещерского, как поступать врачу при разрешении больному сифи-

лисом вступать в брак после окончания лечения, какими должны быть сроки контрольного наблюдения и т.д. Эти исследования, проведенные совместно с С.И. Богдановым, показали возможность суперинфекции у человека во всех периодах сифилиса.

Проф. Г.И. Мещерский является автором более 150 научных работ, посвященных проблемам реактивности кожи, кожному лейшманиозу, профессиональным дерматозам, фотодерматозам, лекарственным токсикрдермиям, пиодермиям, лечению сифилиса и др. Г.И. Мещерский один из первых ученых-медиков России опубликовал клиническое наблюдение акродерматита Галлопо (1906), острой красной волчанки (1911) и ветвистой ливедо (1922). Большой заслугой проф. Г.И. Мещерского является внедрение в практику дерматологии в 1926 г. борно-дегтярной мази и нафталана в 1931 г.

Г.И. Мещерский состоял членом организационных комитетов четырех съездов венерологов, был председателем Московского дерматологического общества, заместителем редактора журнала «Советский вестник венерологии и дерматологии», соредактором «Центрального медицинского журнала», «Русской клиники», «Большой медицинской энциклопедии» и др.

Проф. Г.И. Мещерский представлял советскую дерматовенерологию на международных конгрессах. Ведущие ученые-дерматовенерологи зарубежных стран, особенно французские, высоко ценили его работы и поддерживали с ним постоянную переписку. Они видели в нем достойного представителя советской дерматовенерологии, который своим трудом способствовал ее развитию до уровня мировой науки.

После смерти Г.И. Мещерского кафедру кожных и венерических болезней 1-го Московского медицинского института в 1936 г. возглавил проф. П.С. Григорьев, под руководством которого научная деятельность кафедры проводилась в основном по двум направлениям: экспериментальное изучение этиологии и патогенеза сифилиса и дальнейшая разработка недостаточно изученных дерматозов.

С 1940 по 1945 гг. Ц.А. Кристанов заведовал кафедрой кожных и венерических болезней Ташкентского медицинского института. Заведование кафедрой Ц.А. Кристанова относилось к периоду Великой Отечественной войны, когда значительное внимание уделялось оказанию помощи дерматологическим больным в эвакогоспиталях г. Ташкента. Большое внимание Ц.А. Кристанов уделял влиянию отравляющих веществ на кожу. После отъезда из Ташкента Ц.А. Кристанов стал академиком Болгарской АН и ректором университета в Болгарии.

Профессор Г.И. Мещерский создал одну из первых и лучших научных школ дерматовенерологии на первых этапах развития советского здравоохранения. Он постоянно поддерживал широкие связи с ведущими учеными нашей страны. Всегда помогал молодым научным работникам, готовил новые научные кадры отечественной дерматовенероло-

гии. Наиболее значительный вклад в развитие дерматовенерологии внесли следующие представители этой научной школы: С.Ю. Алибеков, Б.Г. Альперович, В.А. Альтгаузен, Е.И. Апасова, В.Я. Арутюнов, С.И. Богданов, С.Л. Богров, И.Л. Белахов, О.Г. Вихрева, Ф.Н. Гринчар, М.И. Гуделис, Е.И. Гурвич, А.П. Дубинин, М.М. Желтаков, А.П. Иордан, Ф.А. Коган, Д.А. Коган, Ц.А. Кристанов, А.М. Левин, Л.А. Нерадов, И.Н. Олесов, В.А. Поспелов, А.И. Павлов, А.Я. Прокопчук, В.А. Рахманов, Н.С. Смелов, В.И. Сухарев, Л.С. Савинов, П.О. Сметанкина, М.В. Трояновский, В.Д. Федотов, В.Д. Худяков, Н.А. Черногубов, М.А. Членов, С.И. Чучелин.

Литература

1. АПАСОВА Е.И. Твердый шанкр шейки матки с паховыми специфическими аденитами. Советский вестник венерологии и дерматологии. 1935, №8, с. 737–750.

2. АРУТЮНОВ В.Я. Новый биологический метод лечения мягкого шанкра и пиодермитов. Дисс. докт. М., 1938.

3. БЕЛАХОВ И.Л. К казуистике твердых шанкров маточной шейки с паховым специфическим аденитом. Венерология и дерматология. 1929 №1, с.15–18.

4. БРОННЕР В.М. Герман Иванович Мещерский. Советский вестник венерологии и дерматологии. 1936, №10, с. 875.

5. ВОРОНОВ Д.Л. Проф. А.И. Поспелов как основоположник Московской дерматологической школы. В кн.: Клиника кожных и венерических болезней Рязанского медицинского института имени И.П. Павлова. М., 1953, с. 44–46.

6. ВЕДРОВ Н.С. Николай Александрович Черногубов (некролог). Вестник венерологии и дерматологии. 1945, №4, с. 60.

7. ВЕЙН М.А. К юбилею проф. Г.И. Мещерского. Московский медицинский журнал. 1928, №1, с. 138–139.

8. ГИТМАН С.М. Профессор Герман Иванович Мещерский (к 75-летию со дня рождения). Вестник венерологии и дерматологии. 1949, №5, с. 49–51.

9. ГРИГОРЬЕВ П.С. Клиника кожных и венерических болезней. В кн.: Сборник, посвященный 175-летию клинической больницы №1 МГУ. М., 1940, с. 351–354.

10. ГРИНЧАР Ф.Н., РАХМАНОВ В.А. Влияние неосальварсана на секрецию желудочного сока. В кн.: Труды III Всесоюзного съезда по борьбе с венерическими болезнями. М., 1932, с. 293–294.

11. ГРИНЧАР Ф.Н., КРИСТАНОВ Ц.А. Памяти заслуженного деятеля науки проф. Германа Ивановича Мещерского (1874–1936). Советский вестник венерологии и дерматологии. 1936, №10, с. 876–878.

12. ГРИНЧАР Ф.Н. Мещерский Г.И. Клиническая медицина, 1936, №11, с. 1719–1720.

13. ГРИНЧАР Ф.Н. Сухарев В.И. Жизнедеятельность и научная работа. М., 1956, с. 20.

14. ДЕМЬЯНОВИЧ М.П. С.Л. Богров — первый директор Государственного венерологического института (некролог, 1878–1923). Венерология и дерматология. 1924, №1, с. 141–142.

15. ЖУКОВ Б.И. Приоритет описания и исследования прогрессивной атрофии кожи Вестник венерологии и дерматологии. 1951, №2, с. 39–40.

16. ИВАНОВ О.Л., ПОТЕКАЕВ Н.С., МАРЕЕВА Е.Б. Виктор Александрович Рахманов (к 90-летию со дня рождения). Вестник дерматологии и венерологии. 1991, №6, с. 76–78.

17. КЕДРОВ С.И. К казуистике psoriasis mucose oralis. Венерология и дерматология. 1930, №8–9, с. 94–96.

18. КРИСТАНОВ Ц.А. Эластическая псевдосаркома и изменения глазного дна. Советский вестник венерологии и дерматологии. 1935, №1,с. 895–897.

19. КОГАН Ф.А. О так называемых ложно-гетчинсоновских зубах. Московский медицинский журнал. 1926, №8, с. 31–34.

20. ЛЕВИН А.М., НЕРАДОВ Л.А., ЧЕЧУЛИН С.И. О ядовитых свойствах йодистого калия при внутренном вливании. Русский вестник дерматологии. 1929, №6, с. 598–619.

21. ЛЕВИН А.М., НЕРАДОВ Л.А. Химическое и клиническое изучение реакции Абелина. В кн.: Труды III Всесоюзного съезда по борьбе с венерическими болезнями. М., 1932, с. 152–155.

22. МАКСИМОВА Н.П. Выдающийся ученый Н.А. Черногубов. Вестник венерологии и дерматологии. 1951, №4, с. 34–35.

23. МАСЕТКИН И.П. Замечательный русский серолог — Николай Александрович Черногубов. Вестник венерологии и дерматологии. 1953, №1, с. 43–44.

24. МЕЩЕРСКИЙ Г.И., СУХАРЕВ В.И., КРИСТАНОВ Ц.А., АЛЬТГАУЗЕН В.Л., АЛЬПЕРОВИЧ Б.Г., ВИХРЕВА О.Г. Эффективность лечения дерматозов на Сочи-Мацестинском курорте. Советский вестник венерологии и дерматологии. 1936, №6, с. 554–556.

25. МЕЩЕРСКИЙ Г.И. Лечение сифилиса. Советский вестник венерологии и дерматологии. 1935, №2, с. 876–882.

26. МЕЩЕРСКИЙ Г.И. К казуистике отрицательной реакции Вассермана И. К учению о раннем сифилисе почек. Клиническая медицина. 1928, №14, с. 998–999.

27. МЕЩЕРСКИЙ Г.И. Об опасностях фототерапии. Клиническая медицина. 1927, №22, с. 1209–1214.

28. МЕЩЕРСКИЙ Г.И. К клинической симптоматике московских случаев пеллагры. Клиническая медицина. 1933, №13–14, с. 647–679.

29. МЕЩЕРСКИЙ Г.И. Чему учат случаи сифилитической реинфекции. Русская клиника. 1924, №3, с. 7–10.

30. МЕЩЕРСКИЙ Г.И. К учению о раннем сифилисе почек. Русский вестник дерматологии. 1924, №1,с. 5–8.

31. МЕЩЕРСКИЙ Г.И. Leucoderma arcificiale Leucoderma solare. Русский вестник дерматологии. 1924, №9, с. 757–760.

32. МЕЩЕРСКИЙ Г.И. С.Л. Богров (некролог). Венерология и дерматология. 1924, № 1, с. 138–141.

33. МЕЩЕРСКИЙ Г.И. Ранний врожденный сифилис, его распространение и борьба с ним. Журнал гинекологии и акушерства. 1923, №5, с. 1–10.

34. МЕЩЕРСКИЙ Г.И. Основы и практика современного лечения сифилиса. Клиническая медицина. 1928, №14, с. 998–999.

35. МЕЩЕРСКИЙ Г.И. Лечение сифилиса. М., 1921.

36. МЕЩЕРСКИЙ Г.И. Программа для чтений по венерическим болезням. М., 1921.

37. МЕЩЕРСКИЙ Г.И. Памяти проф. А.И. Поспелова. Медицинское образование. 1917. №87(5–6), с. 327–330.

38. МЕЩЕРСКИЙ Г.И., БОГРОВ С.Л. Первые опыты применения русского сальварсана — ареола Остромысленского. Русский журнал кожных и венерических болезней. 1916, № 3–4, с. 79–90.

39. МЕЩЕРСКИЙ Г.И. К клинике кожного лейщманиоза. Русский журнал кожных и венерических болезней. 1915, № 7–9, с. 3–9.

40. МЕЩЕРСКИЙ Г.И. К количественной оценке предохранительного действия каломельной мази и обрывного влияния атоксила. Русский врач. 1908, №8, с. 264–266.

41. МЕЩЕРСКИЙ Г.И. О лечении сифилиса. М., 1907.

42. ПОДВЫСОЦКАЯ О.Н. Профессор В.И. Сухарев. Физиотерапия. 1940, №2, с. 3–5.

43. ПОТЕКАЕВ Н.С. Материалы к истории кафедры кожных и венерических болезней 1-го Московского ордена Ленина медицинского института им. И.М. Сеченова. М., 1958, Автореф. канд. дисс, с. 16.

44. ОЛЕСОВ И.Н. К вопросу об urticaria pigmentosa. Русский вестник дерматологии. 1924, №3, с. 184–205.

45. ОЛЕСОВ И.Н. К этиологии гангрен ягодиц после внутримышечных инъекций при сифилисе. Венерология и дерматология. 1926, №4, с. 610–618.

46. ОЛЕСОВ И.Н. К вопросу о так называемых «Adenoma sebaceum». Русская клиника. 1926, №21, с. 107–118.

47. ОЛЕСОВ И.Н., СЕЛИССКИЙ А.Б. К вопросу о кожном ксан-томатозе. Русская клиника. 1928, №58, с. 203–206.

48. ОЛЕСОВ И.Н., ЛЕВИН А.М. К учению о lupus pernio. Русский вестник дерматологии. 1929, №4, с. 346–359.

49. ОЛЕСОВ И.Н. Судьба специфического инфильтрата и трепонем в твердом шанкре. В кн.: Труды 3-го Всесоюзного съезда по борьбе с венерическими болезнями. М., с. 285–288.

50. ОЛЕСОВ И.Н. Проф. Г.И. Мещерский. Казанский медицинский журнал. 1936, №32/11, с. 1399–1400.

51. РАХМАНОВ В.А. Кафедре кожных и венерических болезней 1-го Московского медицинского института им. И.М. Сеченова 100 лет. В кн.: Новое в патогенезе и терапии дерматозов. М., 1970, с. 13–22.

52. РАХМАНОВ В.А. 50 лет клинике кожных и венерических болезней 1-го Московского ордена Ленина медицинского института. Вестник венерологии и дерматологии. 1945, №2, с. 3–6.

53. РАХМАНОВ В.А. Рациональная первая помощь при ожогах кожи минеральными кислотами и щелочами. М., 1943, Докт. дисс.

54. РАХМАНОВ В.А. К вопросу о патогномоничности Tuberculum Carabelli для врожденного сифилиса. Венерология и дерматология. 1927, №9, с. 801–808.

55. РАХМАНОВ В.А. К учению о семейной Monilethrix. Русская клиника. 1926, №31, с. 668–682.

56. РОЗЕНКВИСТ А.И. Алексей Иванович Поспелов. Врачебное дело. Харьков. 1928, №7, с. 513–516.

57. СУХАРЕВ В.И. Регионарная чувствительность кожи к ультрафиолетовым лучам, ее динамика, значение ее кривой в прогнозе и терапии кожных заболеваний. М., 1936, Докт. дисс.

58. СУХАРЕВ В.И. Кварцевая лампа при псориазе и опоясывающем лишае. Физиотерапия. 1927, №4, с. 44–49.

59. ТЕР-ГРИГОРЯН Г.Д. О зубных дистрофиях и патогномоничности бугорка Карабелли для позднего врожденного сифилиса. Ереван, 1940, Канд. дисс.

61. ТУМАРКИН Б.М. Хроническая язвенная пиодермия. Архангельск, 1947.

62. ЧЕРНОГУБОВ Н.А., ПЕЛЕВИНА А.Я. К клинике и патогенезу аспе congiobata Lanqa. Русский вестник дерматологии. 1928, №9, с. 892–906.

63. ЧЕРНОГУБОВ Н.А., РАХМАНОВ В. А. Проявление активного сифилиса кожи и костной системы при прогрессивном параличе и спинной сухотке. Советский вестник дерматологии. 1931, №5–6, с. 479–486.

64. Tschernoquboff W Zur Fraque der chronichen Pyodermie (Ein Fall von chronicher vegetierender Pyodermic). Frchiv fur dermatologie und Syphilis. 1925, Bond. 149, Jurt 17Ь, з. 76–95.

65. ЧЛЕНОВ М.А.— 25 лет общественной деятельности проф. А.И. Поспелова. Русский журнал кожных и венерических болезней. 1901, №1, с. 439–443.

12.2. НАУЧНАЯ ШКОЛА ПРОФ. О.Н. ПОДВЫСОЦКОЙ

Среди выдающихся деятелей отечественной дерматовенерологии проф. Ольга Николаевна Подвысоцкая (1884–1958), ученица проф. Т.П. Павлова (1860–1932), занимает особое место. О.Н. Подвысоцкая родилась в г. Енисейске в семье учителя средней школы. В 1911 г. с отличием окончила Женский медицинский институт в Петербурге в звании лекаря и была направлена на борьбу с холерой в Самарскую губернию.

Большой заслугой О.Н. Подвысоцкой явилось создание своей научной школы дерматовенерологии, в развитии которой можно выделить три этапа.

Первый этап (1912–1927) характеризуется формированием научных взглядов и направлений О.Н. Подвысоцкой в дерматовенерологии, проходивших под руководством проф. Т.П. Павлова. Он был сторонником клинико-физиологического направления в дерматовенерологии, определившегося еще в период его работы в терапевтической клинике С.П. Боткина. В его научной, лечебной и педагогической работе нашли яркое выражение передовые идеи нервизма.

С 1912 г. О.Н. Подвысоцкая работает лаборантом в клинике проф. Т.П. Павлова, а с 1913 по 1925 гг. — ассистентом на кафедре кожных и венерических болезней Петербургского медицинского института, где на первых порах изучает проблему грибковых заболеваний кожи. В 1917 г. О.Н. Подвысоцкая отвергла взгляд о видовой самостоятельности Tr. plicate, установив, что он является вариантом Tr. craterifome, и доказала, что разные грибки могут вызывать одну и ту же клиническую картину, а, с другой стороны, один и тот же грибок — различную. В дальнейшем П.Н. Кашкин (1938) доказал изменчивость патогенных грибков.

В 1919 г. О.Н. Подвысоцкая защитила докторскую диссертацию «Дематомикозы (Trichophytia, Microsporia, Favus) и их возбудители», в кото-

рой были определены виды дерматомикозов, вызывающих грибковые заболевания, клинические разновидности трихофитии и микроспории. Путем многократных посевов она установила, что наиболее часто встречающимися возбудителями поверхностной трихофитии в нашей стране является фиолетовый трихофитон (76%).

Второе место занимал кратероформный трихофитон (10%), а возбудителем микроспории в большинстве случаев был Microsporym lanosum. В диссертации описаны клинические разновидности микроспории и дифференциальная диагностика ее с трихофитией, а также дана детальная клиническая характеристика разновидностей фавуса, предложен ряд организационных мер в борьбе с грибковыми заболеваниями. Результаты этих исследований послужили базой для развертывания научно-практической работы по дерматологии в нашей стране.

Второй этап (1927–1938) развития научной школы О.Н. Подвысоцкой начался с избрания ее профессором и заведующей кафедрой кожных и венерических болезней Ленинградского института усовершенствования врачей им. С.М. Кирова (ЛГИДУВ), которой она руководила до 1938 г. За это время О.Н. Подвысоцкая подготовила около 2 000 врачей, представлявших основные кадры дерматовенерологов страны, что способствовало развитию ее научной школы.



Рис.38. **Проф. О.Н. Подвысоцкая (1889–1958)**

О.Н. Подвысоцкая внесла существенный вклад в усовершенствование учебного процесса. Под ее руководством были составлены учебные программы и планы, отражающие дифференцированный подход к повышению квалификации различного контингента врачей.

Начиная с 1936 г., кафедра под руководством проф. О.Н. Подвысоцкой организует специальные декадники по актуальным вопросам дерматовенерологии, к участию в которых привлекались виднейшие представители дерматовенерологии и смежных специальностей. На кафедре были организованы специальные лаборатории, значительно был расширен и пополнен музей муляжей.

В 1927 г. О.Н. Подвысоцкая была назначена главным врачом старейшей в России Калинкинской кожно-венерологической больницы, на базе

которой в 1930 г. был создан Ленинградский кожно-венерологический институт. Организация института была поручена ученику О.Н. Подвысоцкой С.Е. Горбовицкому. Научным руководителем института была О.Н. Подвысоцкая.

Наряду с углублением и расширением педагогической и организационной работы О.Н. Подвысоцкая развивала научную деятельность кафедры в области грибковых заболеваний кожи, туберкулеза кожи и функциональных нарушений в коже и в организме в целом при дерматозах.

В 1929 г. она выступила на III Всесоюзном съезде дерматологов в Ленинграде с докладом «Дерматомикозы», в котором подчеркнула зависимость клинического течения этих заболеваний от различий в строении кожи и ее придатков, неблагоприятных факторов внешней среды, понижающих резистентность организма и создающих условия для лучшего роста дерматофитов.

Под руководством О.Н. Подвысоцкой впервые в СССР и в Европе сотрудник кафедры И.И. Чернявский (1928) диагносцировал хромобластомикоз, распространение которого до этого времени наблюдалось лишь в Бразилии, Родезии и Северной Америке. Аспирант О.Н. Подвысоцкой Я.А. Мериин детально описал возбудителя этого заболевания, которому было присвоено название «Гормодендрон Мериина». В 1930 г. О.Н. Подвысоцкая демонстрировала больного хромобластомикозом в Ленинграде, подробно описала клиническую картину этого микоза, изложила основы микроскопической и гистологической диагностики и предложила назвать этот дерматоз «Хромомикоз», поскольку возбудитель его «Гормодендрон Мериина» никакого отношения к бластомицетам не имеет. Она изучила три разновидности хромомикоза, дифференциальную диагностику и предложила новые методы его лечения.

В 1931 г. О.Н. Подвысоцкая совместно с П.Н. Кашкиным издала «Руководство по исследованию дерматомицетов». Работами О.Н. Подвысоцкой с соавторами (1932) было показано значение микроскопических исследований для характеристики Tr. violacerum, Tr. rubrum, Tr. gypseum, Ep. Kayfman-Wolf.

В 1933 г. О.Н. Подвысоцкая совместно с С.К. Розенталем в работе «О трихофитии» описала клиническую картину хронической трихофитии взрослых (трихофитоз), установила ее возбудителя, исследовала некоторые стороны патогенеза. Впервые отмечено наличие у этих больных акро- и эритроцианоза, явлений гипергидроза ладоней и подошв. Ученики О.Н. Подвысоцкой Я.А. Мариин и П.Н. Кашкин (1935) детально изучили онихии и паронихии, вызванные дрожжеподобными грибками.

Работа «О трихомикозах» послужила базой для дальнейших исследований в области микологии в нашей стране. Эти исследования О.Н. Подвысоцкой, а также работы других советских дерматологов (Н.А. Черногубова, С.Л. Богрова, М.Г. Мгеброва, Л.Н. Машкиллейсона,

А.М. Ариевича и др.) явились важной вехой в развитии отечественной дерматомикологии.

Большое значение имела организация в Ленинградском кожно-венерологическом институте микологического отделения, где изучались биологические свойства возбудителей и эпидемиология дерматомикозов. Это отделение возглавил П.Н. Кашкин, создавший хорошо оборудованную лабораторию, куда стали приезжать врачи и лабораторные работники из разных областей СССР для усовершенствования.

В 1935 г. О.Н. Подвысоцкая и П.Н. Кашкин изучили клинику и лечение дрожжевых онихомикозов. Особенно тщательно был разработан вопрос о поверхностных бластомикозах Я.А. Мериным, который предложил биологический метод диагностики дрожжевых заболеваний.

В 1939 г. Я.А. Мериин под руководством О.Н. Подвысоцкой подробно изучил дрожжевые хейлиты. Все эти исследования, посвященные изучению поверхностных поражений кожи, слизистых и ногтей, вызванных дрожжеподобными грибками, получили дальнейшее развитие в работах ряда ее сотрудников и других советских дерматологов.

Углубленное изучение эпидермофитии стоп позволило О.Н. Подвысоцкой выделить ее острую форму, которая была описана в 1938 г. ее учеником И.В. Розмаринским.

О.Н. Подвысоцкая и С.К. Розенталь (1938) показали, что сквамозной формой хронической трихофитии гладкой кожи болеют исключительно женщины с явлениями акроцианоза, склонные к озноблениям.

Под руководством проф. О.Н. Подвысоцкой были получены оригинальные материалы по полиморфизму и плеоморфизму патогенных грибов и дрожжей (П.Н. Кашкин, Т.М. Кокушина и др.). Новые данные о классификации дерматофитов были получены А.А. Бачинской. Изучались также антигенные свойства и родство дерматофитов и дрожжей с целью их классификации. Большая работа проводилась по изучению вирулентности дрожжей и дрожжеподобных микроорганизмов (А.А. Кондратьева, И.В. Розмаринский, К.М. Карре и др.) и жизнеспособности эпидермофитонов и дрожжеподобных организмов во внешней среде (И.В. Розмаринский, Т.М. Кокушина, А.А. Кондратьева и др.). Изучалось влияние дезинфицирующих веществ, витаминов, гормонов на дерматофиты и дрожжи (П.Н. Кашкин, М.М. Иткин, И.В. Розмаринский).

Проведенные исследования О.Н. Подвысоцкой в области микологии в дальнейшем продолжил проф П.Н. Кашкин, а затем его ученик З.О. Краев. Проф. П.Н. Кашкин в течение 30 лет работал в Ленинституте усовершенствования врачей. Он опубликовал свыше 300 научных работ, из них 6 монографий, 7 руководств, 2 учебника и 1 словарь, посвященных в основном медицинской микологии, проблеме антибиотиков, изменчивости грибов и бактерий. За книгу «Дерматомикозы» ему присуждена Государственная премия за 1951 г. Большой теоретический инте-

рес представляла докторская диссертация П.Н. Кашкина «Изменчивость дерматофитов» (1937), вышедшая в виде монографии (1938).

Под руководством П.Н. Кашкина выполнено свыше 100 кандидатских и 30 докторских диссертаций, из них 62 диссертации посвящены медицинской микологии, 22 — медицинской микробиологии и иммунологии и 18 — проблеме антибиотиков. Руководимая им лаборатория всегда служила не только базой для подготовки советских специалистов и повышения их квалификации, но и посещалась выдающимися учеными зарубежных стран. Умение привлечь к работе молодых ученых и помочь им позволило создать ему свою школу советских микологов. Проф. П.Н. Кашкин является основоположником эпидемиологии микозов в СССР.

Важное направление научной школы О.Н. Подвысоцкой связано с изучением туберкулеза кожи, в частности экспериментального туберкулеза, кожного туберкулеза у детей, а также с совершенствованием диагностики туберкулеза кожи и организации лечебной помощи этим больным. В работе «О заразительности кожного туберкулеза в экспериментальных условиях» (1927) О.Н. Подвысоцкая и М.А. Линникова указали на значительную вирулентность многих проявлений туберкулеза кожи, объясняющих стороны патогенеза различных форм туберкулеза кожи. О.Н. Подвысоцкая и П.Н. Кашкин на основании экспериментальных исследований пришли к заключению, что некоторые формы туберкулеза кожи вызываются фильтрующими разновидностями микобактерий туберкулеза. В другой экспериментальной работе О.Н. Подвысоцкая выявила значение вегетативных расстройств на развитие туберкулезного процесса у экспериментальных животных. Ряд исследований был посвящен фильтрующему вирусу при туберкулезе кожи и значению смешанной инфекции при туберкулезной волчанке.

В работе «Туберкулез кожи у детей» (1927) О.Н. Подвысоцкая установила некоторые особенности, свойственные туберкулезу кожи в детском возрасте, такие как склонность к экссудативным явлениям, часто наблюдаемое одновременное поражение туберкулезом кожи, костей и подкожной клетчатки.

Вопросам диагностики туберкулезных поражений О.Н. Подвысоцкая со своими учениками посвятила несколько работ: «Значение серологических реакций при кожном туберкулезе» (1933), «Эпикутайные реакции на туберкулин у больных туберкулезом кожи» (1937) и др. В 1935 г. О.Н. Подвысоцкая подробно описала диагностику туберкулезных поражений кожи в самом начале их появления, что имеет большое значение для профилактики тяжелых форм этой хронической инфекции. В 1935 г. О.Н. Подвысоцкая и ее ученик Я.Б. Каплан описали новую форму туберкулезной волчанки, так называемую раннюю, инфильтративную, аналогичную ранним туберкулезным инфильтратам легких и высказали положение, что «развитие туберкулеза в различных органах подчинено одним и тем же закономерностям».

Ряд исследований О.Н. Подвысоцкая провела в области лечения больных туберкулезом кожи. К ним относятся «Аутогемотерапия при кожном туберкулезе» (1925), «Физические методы лечения при лечении кожного туберкулеза» (1928), «Патогенез и терапия кожного туберкулеза в свете норых экспериментальных данных» (1943) и др. О.Н. Подвысоцкая и ее сотрудники детально изучали эффективность лечения туберкулеза кожи витамином Д2.

Часть исследований О.Н. Подвысоцкой в области туберкулеза кожи обобщена в сборнике «Туберкулез кожи» (1927) и в главе «Туберкулезные заболевания кожи», написанной ею в руководстве «Клиника болезней кожи» (1931) под редакцией А.П. Иордана.

О.Н. Подвысоцкой принадлежит большая заслуга в организации борьбы с туберкулезом кожи в нашей стране. По ее инициативе был организован в 1922 г. на станции Разлив вблизи Ленинграда люпозорий на 190 мест, а затем в 1939 г. — в Тайцах (также вблизи Ленинграда). Сотрудники люпозориев под руководством О.Н. Подвысоцкой проводили большую научную, лечебную, педагогическую и организационную работу. Ленинградский люпозорий под руководством О.Н. Подвысоцкой стал ведущим научно-практическим центром в борьбе с туберкулезом кожи.

В своих работах О.Н. Подвысоцкая доказала тесную связь между научными изысканиями в области туберкулеза кожи и практическими нуждами здравоохранения. Большую работу провела она по подготовке врачебных кадров для борьбы с этой инфекцией. Сотрудник кафедры И.И. Гительзон свою докторскую диссертацию «Туберкулезный кожный лейшманиоз» посвятил инфекционным болезням кожи, в которой впервые в мире описал туберкулоидную форму лейшманоиза (металейшманиоз), а также дал детальную характеристику «сухой и эктиматозной» формам этой болезни. С 1946 по 1965 гг. И.И. Гительзон заведовал кафедрой кожных и венерических болезней Красноярского медицинского института. Им разработан активный метод иммунизации против болезни Боровского прививкой живых культур лейшманий. И.И. Гительзон является автором более 40 научных работ, посвященных актуальным вопросам дерматовенерологии.

Исследования в области туберкулеза кожи проводила ученица О.Н. Подвысоцкой Лидия Илларионовна Гокинаева (1905–1990), которая в 1962 г. защитила докторскую диссертацию «Специфическое и неспецифическое действие витамина Д2 на больных туберкулезом кожи». С 1963 по 1977 гг. Л.И. Гокинаева заведовала кафедрой кожных и венерических болезней Гродненского медицинского института, где продолжала заниматься изучением проблем туберкулеза кожи, псориаза, пиодермитов. Она автор более 90 научных работ. Под ее руководством подготовлено 5 кандидатских диссертаций.

Одним из главных научных направлений О.Н. Подвысоцкой являются вопросы этиологии, патогенеза и лечения гнойничковых заболева-

ний кожи. С.Н. Сажиной и М.А. Николаевой были изучены штаммы пиококков и разработана серодиагностика пиодермитов. Изучалась также биология и изменчивость штаммов патогенных стафилококков, динамика их токсичности, изменение антитоксичных свойств сыворотки больных под влиянием различных биологических препаратов. Некоторые научные достижения в этой области были использованы при организации борьбы с гнойничковыми заболеваниями кожи на промышленных предприятиях. Результаты своих исследований в этой области О.Н. Подвысоцкая обобщила в совместной с С.К. Розенталем статье «К проблеме пиодермитов» (1934).

Важное значение проф. О.Н. Подвысоцкая придавала клинико-физиологическому и патофизиологическому изучению кожных заболеваний, изучению функционального состояния всего организма, что явилось четвертым научным направлением научной школы в дерматологии О.Н. Подвысоцкой.

Исходя из общего положения И.П. Павлова, что кора больших полушарий является высшим «распорядителем» организма, регулирующим всю его жизнедеятельность, главнейшей задачей функционального направления в дерматологии следует считать изучение патологических процессов в коре головного мозга в зависимости от нарушения высшей нервной деятельности больного организма и роли ее в защитных и компенсаторных реакциях. В результате своего клинического опыта О.Н. Подвысоцкая пришла к выводу, что патологические явления в коже сопровождаются изменениями внутренних органов и нарушениями функциональной деятельности нервной системы. С этой целью широко использовались физиологические, биохимические и гистологические методы исследования.

Работая в сотрудничестве с академиком АН СССР А.Д. Сперанским, уже в 30-х гг. О.Н. Подвысоцкая на основании многочисленных исследований привела ряд ценных данных, свидетельствующих в пользу нейрогенного патогенеза таких распространенных дерматозов, как экзема и нейродермит. Она установила, что в патогенезе экземы существенную роль играет нарушение адаптационных нервных окончаний кожи, предложила патофизиологический принцип лечения некоторых дерматозов, разработала ряд методов функциональной диагностики, изучила патогенез дерматозов с сосудистыми нарушениями.

В результате изучения аллергии была получена возможность более четко дифференцировать экземы аллергического происхождения от других экзем. Изучение профессиональных кожных заболеваний от действия нефтепродуктов на кожу подробно разработано С.К. Розенталем. Детальное изучение этого вопроса нашло отражение в ряде работ и докторской диссертации С.К. Розенталя, а также в кандидатской диссертации Д.О. Карлина и других учеников проф. О.Н. Подвысоцкой. В частности, О.Н. Подвысоцкая доказала, что экземоподобный дерматит

начинается обычно не с экзематозной реакции (мельчайшие внутриэпидермальные пузырьки), а с какого-либо банального высыпания элемента в дерме или эпидермисе (фликтена, фолликулярная папула, эритема и т.д.). При этом сущность заболевания надо искать в организме, так как экземоподобные дерматиты обязаны своим развитием внешнему фактору: микробному, грибковому, химическому или какому-либо другому.

Третий этап (1938–1958) развития научной школы проф. О.Н. Подвысоцкой связан с ее работой на кафедре кожных и венерических болезней 1-го Ленинградского медицинского института им. И.П. Павлова. За этот период времени О.Н. Подвысоцкая проделала значительную работу по внедрению методов функциональной диагностики в клиническую практику.

Исследования О.Н. Подвысоцкой по изучению реакций кожи при нервных повреждениях, изменений рецепторного поля под влиянием воздействия ультрафиолетовых лучей, функционального состояния сосудов и нервов кожи у больных с заболеваниями внутренних органов, а также работы по хронаксиметрии, плетизмографии, терморегуляционного рефлекса, энцефалографии и ряда других исследований дали новые важные доказательства нейрогенного патогенеза многих заболеваний. Для выявления связи функциональных нарушений нервной системы с кожным заболеванием исследования проводились в динамике развития дерматоза и в процессе лечения больного. Особое внимание при этом уделялось терапевтическим воздействиям, направленным на нормализацию функциональных нарушений нервной системы и внутренних органов.

О.Н. Подвысоцкой и ее сотрудниками разработан ряд методик определения функционального состояния кожи (термометрия кожи, определение функционального состояния кожи, метод изучения потоотделения, определение нейро-гуморальных веществ в коже, некоторые методы определения неспецифической реактивности и т.д.).

О.Н. Подвысоцкая разработала ряд положений для исследовательской работы в области функционального изучения кожи и пришла к обобщающим заключениям о неврогенном патогенезе ряда хронических дерматозов.

Изучение функционального состояния чувствительной, вегетативной и центральной нервной системы у больных с кожными заболеваниями при помощи физиологических методов исследования проводили многие ученики О.Н. Подвысоцкой. В частности, проф. А.А. Бабкова изучала чувствительную хронаксию у больных экземой, псориазом, нейродермитом, красной волчанкой и другими дерматозами. К.Я. Журавлев исследовал температурную реакцию кожи к тепловым и холодным раздражителям у больных дерматозами с органическими поражениями периферической и центральной нервной системы. А.М. Думова комп-

лексно изучала терморегуляционный, потоотделительный, условные и безусловные сосудодвигательные рефлексы у больных экземой, нейродермитом и дерматомикозами. К.Д. Горина также обнаружила у большинства больных экземой и нейродермитом нарушения терморегуляционного рефлекса (медленное и слабое повышение температуры, извращенный рефлекс и т.д.). А.В. Логинов при изучении состояния вегетативной нервной системы определил, что при возбуждении сосудорасширителей повышается содержание ацитилхолина в коже, а при возбуждении сосудосужителей — адреноподобного вещества. Л.С. Рыбкин обнаружил ряд функциональных нарушений нервной и сосудистой системы у большинства больных нейродермитами. Л.И. Гокинаева исследовала безусловные и условные сосудистые рефлексы у больных туберкулезной волчанкой и др.

Работа доцента Ф.В. Гинце «Практические методы исследования реактивности кожи» (1929) показала практическую ценность проб для функционального исследования кожи. Вместе с тем автор подчеркивает, что нельзя ограничиваться лишь этими пробами и что необходимо всестороннее клиническое обследование больных, так как всякое патологическое проявление в коже находится в зависимости от общего состояния организма.

О.Н. Подвысоцкой были проведены исследования о влиянии некоторых вмешательств на первичные кожные реакции. Для этого больным дерматозами была применена новокаиновая блокада (местная инфильтрация и поясничная) по А.Д. Сперанскому и А.А. Вишневскому. Кожные реакции исследовались до и после блокады. Было найдено, что после местной инфильтративной блокады уменьшались реакции в данном участке кожи на ультрафиолетовое облучение, кантаридиновый пластырь и туберкулин. При поясничной блокаде наблюдалось также изменение некоторых реакций. Так, при красной волчанке нередко снижалась чувствительность кожи к ультрафиолетовым лучам, при других дерматозах — к химическим раздражителям.

У ряда больных дерматозами после новокаиновой блокады нормализовалась нарушенная адаптация кожи к температурным воздействиям, изменялась возбудимость рецепторов кожи (хронаксия). Нередко наступавшие после блокады функциональные сдвиги носили кратковременный характер и лишь повторение блокады приводило к более стойкому результату. Работы по хронаксиметрии и ряд других исследований дали новые, существенно важные доказательства неврогенного патогенеза дерматозов.

Многие исследования в области функциональной диагностики обобщены О.Н. Подвысоцкой в работах: «Значение нервной системы для развития туберкулезной инфекции» (1937), «Материалы к изучению неврогенного патогенеза дерматозов» (1937), «Функциональное изуче-

ние кожной патологии в применении к задачам клиники» (1940), «Нервная трофика и кожная патология» (1940).

На IV Всесоюзном съезде дерматовенерологов в 1937 г. О.Н. Подвысоцкая выступила с программным докладом «Реактивность кожи в зависимости от нервной системы». Практические методы исследования реактивности кожи разработал сотрудник кафедры Ф.В. Гинце.

Таким образом, в развитии функционального направления советской дерматологии исключительная роль принадлежит О.Н. Подвысоцкой и ее ученикам. «На настоящем этапе наших знаний необходимо перейти на эту новую ступень функциональной диагностики, чтобы не только научно понимать и синтезировать в единое целое все то, что мы находим у больного, но также чтобы помочь себе в уяснении патогенеза заболевания, для построения научно обоснованной терапии», — писала она в 1945 г. Ее школа стремилась вскрыть нервные механизмы, управляющие функциями кожи, а также открыть новые формы нервной деятельности при патологических процессах в коже. Проблемам функционального направления в дерматологии был посвящен сборник работ, вышедший в 1954 г.

О.Н. Подвысоцкая доказала, что основными нервными механизмами, приводящими к функциональным и патологоанатомическим изменениям, являются нервно-гуморальное влияние на ионное равновесие кожи, выражающееся в определенных соотношениях между ионами натрия, калия и кальция, при нарушениях которого создаются условия к изменению основных биологических и биохимических процессов в коже; нервно-гуморальное влияние, обеспечивающее правильную функцию кожи как эффекторного органа, главным образом, ее сосудистой системы, потовых желез и может быть сальных с фолликулярным аппаратом; нервно-трофическое влияние, осуществляемое нервными импульсами и активными химическими веществами, передатчиками нервного возбуждения вегетативной нервной системы, обеспечивающими физиологическую и морфологическую целостность кожи.

Наряду с изучением роли нервной системы в кожной патологии О.Н. Подвысоцкая в течение ряда лет проводила исследования функционального состояния внутренних органов у больных дерматозами.

Функциональное состояние различных внутренних органов у больных кожными заболеваниями наиболее тесно связаны с желудочно-кишечным трактом, печенью, почками и некоторыми эндокринными органами. Эта связь осуществляется рефлекторно через центральную нервную систему и гуморально, указывала О.Н. Подвысоцкая. В частности, она отмечала, что в своих клинических наблюдениях дерматологи нередко отмечали у больных хроническими дерматозами нарушения секреторной деятельности желудка, а именно понижение кислотности желудочного сока.

Исследования в этом направлении продолжала ученица О.Н. Подвысоцкой Р.И. Ланда-Глааз (1954), результаты которых опубликованы в

работе «О функциональном состоянии почек у больных дерматозами». Необходимо отметить также, что в дальнейшем подобные клинические исследования начали проводиться и в других кожных клиниках и научно-исследовательских институтах страны.

Ряд важнейших работ О.Н. Подвысоцкой и ее сотрудников посвящены биохимическим исследованиям, в частности, изучению баланса витаминов при некоторых дерматозах. Она установила, что функциональные нарушения нервной системы являются основными патогенетическими факторами развития различных дерматозов. При этом выявлены нарушения периферической и центральной нервной системы, внутренних органов, гормональных, гуморальных, кортико-дермальных и кортико-висцеродермальных нарушений.

О.Н. Подвысоцкая по праву является общепризнанной главой оригинального функционального направления в дерматологии в нашей стране. Она творчески развивала это направление в свете физиологического учения И.П. Павлова и передовых взглядов основоположников отечественной медицины. Ее плодотворная работа в области функционального направления позволила ее ученикам и другим исследователям успешно развивать эти идеи, тесно связанные с общими научными достижениям медицины.

О.Н. Подвысоцкая (1940) предложила новый принцип лечения больных кожными заболеваниями — патофизиологический, состоящий в применении средств и методов, имеющих целью воздействовать на определенные механизмы в организме. В развитии этого направления было обращено внимание на значение охранительного режима в лечебных учреждениях, разрабатывались методы охранительной и седативной терапии, особенно зудящих дерматозов.

Вклад отечественных дерматологов в разработку патогенеза заболеваний кожи с позиций нервизма подробно описал Л.А. Штейнлухт (1952). Л.А. Штейнлухт, один из талантливых учеников О.Н. Подвысоцкой. В 1957 г. защитил докторскую диссертацию «Пенициллин в терапии и предупреждении сифилиса (экспериментальное исследование)». С 1956 по 1962 гг. Л.А. Штейнлухт руководил клиникой кожных болезней Ленинградского института антибиотиков. С 1962 по 1972 гг. он заведовал кафедрой кожных и венерических болезней Ленинградского педиатрического института. Л.А. Штейнлухт опубликовал 170 научных работ по лечению сифилиса антибиотиками, экспериментальной сифилидологии, детской дерматологии, истории отечественной дерматовенерологии и др. Под его руководством выполнены и защищены 1 докторская и 14 кандидатских диссертаций.

Ученик О.Н. Подвысоцкой С.Е. Горбовицкий (1900–1989) с 1940 по 1956 гг. заведовал кафедрой кожных и венерических болезней Военно-медицинской морской академии, где под его редакцией опубликовано несколько сборников научных работ и монографий сотрудников ка-

федры, посвященных различным проблемам советской дерматологии и венерологии. После объединения этой Академии с Военно-медицинской академией им. С.М. Кирова с 1956 по 1963 гг. был заместителем начальника кафедры кожных и венерических болезней академии. С 1963 по 1973 гг. С.Е. Горбовицкий заведовал кафедрой кожных и венерических болезней Ленинградского медицинского института им. И.П. Павлова. Им опубликовано около 200 научных работ по вопросам клинической и экспериментальной дерматологии и венерологии, по профилактике, диспансерной методике, истории и статистике кожных и венерических болезней, проблеме нервизма в дерматологии. Из его монографических работ следует отметить «Химиотерапию и критерии излеченности сифилиса» (1944), написанную совместно с Н.А. Торсуевым монографию «Т.П. Павлов и его школа» (1962) и пособие для военно-морских врачей по лечению и профилактике венерических и заразных кожных заболеваний (1943) в двух изданиях. Под его руководством выполнено 9 докторских и 30 кандидатских диссертаций, он редактор многих научных трудов и сборников по дерматологии и венерологии.

Необходимо отметить большую работу О.Н. Подвысоцкой в организации Ленинградского кожно-венерологического института, бессменным руководителем которого она была со дня его организации (1930—1950). Под ее научным руководством Ленинградский кожно-венерологический институт представлял собой крупнейшее в стране научное учреждение по дерматологии и венерологии. В Академии медицинских наук СССР О.Н. Подвысоцкая создала лабораторию патофизиологии кожи.

За время руководства кафедрой кожных и венерических болезней 1-го Ленинградского медицинского института им. акад. И.П. Павлова О.Н. Подвысоцкая превратила ее в первоклассную кафедру в нашей стране. Лекции О.Н. Подвысоцкой всегда привлекали многочисленные аудитории врачей и студентов. Прохождение курса на кафедре О.Н. Подвысоцкой отличалось углубленным изучением новейших достижений как в области дерматологии и венерологии, так и последних достижений в смежных областях отечественной и зарубежной медицины.

Под руководством проф. О.Н. Подвысоцкой выполнено и защищено 13 докторских и 25 кандидатских диссертаций. Большое количество ее учеников работает в качестве профессоров, доцентов и научных сотрудников в вузах и научно-исследовательских институтах. Ей принадлежит более 100 научных работ, среди них 5 монографий, посвященных в основном дерматомикозам, туберкулезу кожи, венерологии. Ряд важных исследований О.Н. Подвысоцкая посвятила изучению истории отечественной дерматологии и венерологии, патогенезу и лечению псориаза, анализу ошибок в диагностике кожных и венерических болезней и другим проблемам дерматовенерологии.

Как крупнейший ученый нашей страны Ольга Николаевна Подвысоцкая в 1939 г. избрана членом-корреспондентом Академии наук СССР,

а в 1943 г. — действительным членом Академии медицинских наук СССР. Указом Президиума Верховного Совета РСФСР ей присвоено почетное звание «Заслуженный деятель науки» в 1939 г.

О.Н. Подвысоцкая была депутатом Верховного Совета СССР, членом ВЦСПС, председателем Всесоюзного и Ленинградского научных обществ дерматологов и венерологов, редактором журнала «Вестник дерматологии и венерологии», ответственным редактором 3-томного руководства по дерматологии и венерологии, редактором отдела «Дерматология и венерология» 2-го издания БМЭ.

Научная школа проф. О.Н. Подвысоцкой внесла большой вклад в развитие советской дерматологии и венерологии. Она имеет важное историческое значение в развитии учения о кожных и венерических болезнях в нашей стране. Наиболее видными представителями этой школы являются: А.А. Бабкова, Н.И. Башкирцев, В.М. Борзов, А.М. Брамсон, М.Т. Бриль, А.А. Васильев-Чеботарев, М.В. Вексель, А.Я. Виленчук, М.П. Гильбо, Ф.В. Гинце, И.И. Гительзон, Л.И. Гокинаева, С.Е. Горбовицкий, С.Н. Давыденков, Л.Н. Данилова-Перлей, В.Е. Дембская, А.М. Думова, Я.Ф. Жорно, К.Я. Журавлев, В.А. Забойкина, Е.С. Залкинд, Л.А. Залкинд, К.А. Иванов, М.Н. Иткин, Б.С. Калинер, К.С. Каневская, К.М. Карро, Д.О. Карлин, П.Н. Кашкин, К.С. Кирай, Г.Е. Кисин, Т.М. Кокушина, А.А. Кондратьева, И.И. Копзон, Р.И. Ланда-Глааз, И.М. Левина, Т.Н. Либерман, А.В. Логинов, Д.А. Лукин, М.И. Мазо-Винокурова, А.А. Мартинкевич, Е.А. Матушкин, Я.А. Мериин, Ю.М. Мотузенко, Н.В. Морозов, Е.Н. Николаева, М.А. Николаевская, Н.В. Николе, П.Г. Оганесян, В. Н. Окунев, М.В. Пейбо, М.К. Петрова, А.И. Петченко, С.К. Розенталь, И.В. Розмаринский, М.И. Ротенберг, С.Н. Сажина, П.П. Семенов, Т.Л. Соболева, Д.И. Соркина, Г.Я. Травин, А.Д. Троицкая, Е.Я. Темкин, Д.Х. Угрюмов, Г.И. Хетагуров, А.А. Чеботарев, Я.А. Чериковер, И.И. Чернявский, С.Л. Ширвинд, И.Э. Школьников, Л.А. Штейнлухт, А.Я. Штернберг, Ф.С. Шульдберг, Е.Е. Шульман, И.М. Щербаков, Л.Я. Якобзон, С. Яблонская.

Литература

1. АРХАНГЕЛЬСКИЙ С.П., ГОРБОВИЦКИЙ С.Е., ПАВЛОВ С.Т., ПОДВЫСОЦКАЯ О.Н., ШТЕЙНЛУХТ Л.А. Краткий очерк развития дерматологии и венерологии в Петербурге—Ленинграде (к 250-летию Ленинграда). Вестник дерматологии и венерологии. 1957, №4, с. 45—53.

2. БАБКОВА А.А. Электрическая активность кожи при различных физиологических состояниях коры головного мозга у больных дерматозами. В кн.: Вопросы общей патологии, клиники и лечения дерматозов. Л., 1958, с. 43—56.

3. БРИЛЬ М.Т. Клиника, патологическая анатомия, этиология и лечение хронических пиококковых язв голеней. В кн.: Хронические пиококковые язвы голени. Томск, 1947.

4. ГИНЦЕ Ф.В. Практические методы исследования реактивности кожи. В кн.: Труды III Всесоюзного съезда по борьбе с венерическими болезнями, 1932, с. 15–21.

5. ГИТЕЛЬЗОН И.И. Кожный лейшманиоз (пендинская язва). Ашхабад, 1933.

6. ГОРБОВИЦКИЙ С.Е., ТОРСУЕВ Н.А. Т.П. Павлов и его научная школа. М.–Л., 1962.

7. ГОРБОВИЦКИЙ С.Е., ШТЕЙНЛУХТ Л.А. Идеи нервизма в трудах И.П. Павлова. В кн.: Труды Военно-медицинской академии. Л., 1957, №68, с. 306–311.

8. ГОРБОВИЦКИЙ С.Е., ШТЕЙНЛУХТ Л.А. К истории отечественной дерматологии. В кн.: Экспериментальные и клинические исследования. Л., 1949, т. 7, с. 83–92.

9. ГОРИНА К.Д. Терморегуляционный рефлекс у больных поздними формами сифилиса и некоторыми дерматозами в связи с пиротерапией. Автореф. канд. дисс, Л., 1954.

10. ДУМОВА А.М. О нарушении терморегуляционных и сосудо-двигательных рефлексов у больных дерматозами. Автореф. канд. дисс, Л., 1955.

11. КАШКИН П.Н. Медицинская микология. Л., 1962.

12. КАШКИН П.Н. Дерматомикозы. Л., 1951.

13. КАШКИН П.Н. Изменчивость дерматомикозов. Л., 1938.

14. ЛАНДА-ГЛААЗ И.И. О функциональном состоянии почек у больных дерматозами. В кн.: Проблемы функционального направления в дерматологии. М., 1954, с. 137–145.

15. ЛОГИНОВ А.В. 15 лет научно-исследовательской и научно-практической деятельности Ленинградского кожно-венерологического института. 1945, т. 5, с. 3–15.

16. МАТУШКИН Е.А. Основы современного учения об эпидермофитии. Л., 1947.

17. МАРТИНКЕВИЧ А.А., ШТЕЙНЛУХТ Л.А. Из истории Калинкинской больницы (1750–1950). Вестник венерологии и дерматологии. 1951, №1, с. 43–47.

18. МЕРИИН Я.А. Этиология, патогенез и клиника поверхностных бластомикозов. В кн.: Экспериментальные и клинические исследования. Л., 1935, т. 1, с. 53–74.

19. МЕРИИН Я.А. К микологии хромобластомикоза. Arch. Derm. Syph. 1930, Bd. 162, H. 2.

20. ПОДВЫСОЦКАЯ О.Н. О нарушениях регулирующей функции нервной системы у больных дерматозами. В кн.: Труды Военно-медицинской академии. Л., 1957, т. 68, с. 24–34.

21. ПОДВЫСОЦКАЯ О.Н. К истории организации борьбы с кожным туберкулезом в СССР. Вестник дерматологии и венерологии. 1957, №5, с. 39–48.

22. ПОДВЫСОЦКАЯ О.Н. Сахновская А.А. (1882–1951). Вестник дерматологии и венерологии. 1957, №4, с. 43–45.

23. ПОДВЫСОЦКАЯ О.Н. Краткий исторический очерк развития отечественной дерматовенерологии. В кн.: Венерические болезни. М., 1956, с. 7–15.

24. ПОДВЫСОЦКАЯ О.Н. 25 лет со дня организации Ленинградского кожно-венерологического института. 1956, №3, с. 61–63.

25. ПОДВЫСОЦКАЯ О.Н. Методы исследования функционального состояния кожи и значение их для клинической дерматологии. В кн.: Проблемы функционального направления в дерматологии. М., 1954, с. 8–25.

26. ПОДВЫСОЦКАЯ О.Н. О кортико-висцеральных взаимоотношениях и клиническом выражении их нарушений. Вестник венерологии и дерматологии. 1959, №4, с. 3–9.

27. ПОДВЫСОЦКАЯ О.Н. Мысли о возможной классификации экземы на основе физиологического учения И.П. Павлова. Вестник венерологии и дерматологии. 1951, №2, с. 3–7.

28. ПОДВЫСОЦКАЯ О.Н. Идеи нервизма И.П. Павлова и практическое применение их в условиях дерматологической клиники. Вестник дерматологии и венерологии. 1950, №1, с. 4–8.

29. ПОДВЫСОЦКАЯ О.Н. Функциональная диагностика кожи и ее практическое значение. В кн.: Сб. трудов Ленинградского КВИ. 1945, т. 5, с. 5–10.

30. ПОДВЫСОЦКАЯ О.Н. Дерматология и венерология. В кн.: Достижения советской медицинской науки за 30 лет. М., 1947, с. 578–593.

31. ПОДВЫСОЦКАЯ О.Н., КАПЛАН Я.Б. Ранние инфильтративные формы туберкулезной волчанки. В кн.: Экспериментальные и клинические исследования. Л., 1936, №1, с. 3–7.

32. ПОДВЫСОЦКАЯ О.Н. Клиника и патогенез хромомикоза. В кн.: Экспериментальные и клинические исследования. Л., 1936, №1, с. 37–41:

33. ПОДВЫСОЦКАЯ О.Н., РОЗЕНТАЛЬ С.К. К проблеме пиодермитов. Советский вестник венерологии и дерматологии. 1934, №4, с. 3–5.

34. ПОДВЫСОЦКАЯ О.Н., РОЗЕНТАЛЬ С.К. О трихомикозах. Л., 1933.

35. ПОДВЫСОЦКАЯ О.Н. Дерматомикозы. В кн.: Труды III Всесоюзного съезда по борьбе с венерическими болезнями. Л., 1962, с. 176–184.

36. ПОДВЫСОЦКАЯ О.Н., КАШКИН П.Н. Онихии и паронихии, вызванные дрожжевыми и дрожжеподобными грибами. В кн.: Экспериментальные и клинические исследования. Л., 1935, т. 1, с. 78–81.

37. ПОДВЫСОЦКАЯ О.Н., КАШКИН П.Н. Руководство по исследованию дерматомицетов. Л., 1931.

38. ПОДВЫСОЦКАЯ О.Н. Туберкулезные поражения кожи. В кн.: Клиника болезней кожи. М., 1931, с. 515–545.

39. ПОДВЫСОЦКАЯ О.Н. Физические методы при лечении кожного туберкулеза. В кн.: Сб., посвященный 30-летию деятельности проф. С.А. Бруштейна. М., 1928, с. 45–47.

40. ПОДВЫСОЦКАЯ О.Н. Кожный туберкулез по данным люпозория ст. Разлив за 1922–1923 гг. В кн.: Материалы по борьбе с туберкулезом в Ленинграде. Л., 1924, с. 2–6.

41. ПОДВЫСОЦКАЯ О.Н. Дерматомикозы и их возбудители. Л., 1920.

42. ШТЕЙНЛУХТ Л.А. Профессор О.Н. Подвысоцкая и ее роль в развитии советской дерматологии. Вестник дерматологии и венерологии. 1974, №10, с. 45–47.

43. ШТЕЙНЛУХТ Л.А. Основные направления научной деятельности Ольги Николаевны Подвысоцкой. В кн.: Вопросы общей патологии, клиники и лечения дерматозов. Л., 1958, с. 3–11.

44. ШТЕЙНЛУХТ Л.А. К истории развития кафедры кожных и венерических болезней Государственного института усовершенствования врачей им. С.М. Кирова. В кн.: Экспериментальные и клинические исследования. Л., 1952, №9, с. 231–243.

45. ШТЕЙНЛУХТ Л.А. Идеи нервизма в трудах отечественных дерматологов. В кн.: Экспериментальные и клинические исследования. Л., 1952, с. 3–12.

46. ШТЕЙНЛУХТ Л.А. Приоритеты отечественных ученых в открытии лечебных свойств зеленой плесени. Вестник венерологии и дерматологии. 1951, №3, с. 48–51.

47. ЧЕРНЯВСКИЙ И.И. Chromoblastemycosis. Arch. Derm. Syph., 1929, Y, 157, p. 196–206.

12.3. НАУЧНАЯ ШКОЛА ПРОФ. А.Я. ПРОКОПЧУКА

Андрей Яковлевич Прокопчук родился 4 июля 1896 г. в крестьянской семье, в деревне Чемери Слонимерского уезда Гродненской губернии. Свою трудовую деятельность он начал в 1913 г. учителем начальной школы. В 1920 г. он был направлен на учебу на медицинский факультет Московского университета, после окончания которого в 1924 г. был оставлен для специализации в клинике кожных и венерических болезней под руководством профессоров Г.И. Мещерского и А.П. Иордана.

Интерес к научной деятельности А.Я. Прокопчук проявил будучи еще студентом. Он свободно владел немецким, французским, английским, чешским, польским и латинским языками. Хорошо знал историю, литературу, дружил со многими известными людьми того времени.

За время работы в клинике выполнил научные работы по клиническому течению спинальных сифилитических амиотрофий, поражению костей, кожи и центральной нервной системы при третичном сифилисе.

В дальнейшем по заданию Наркомата здравоохранения СССР А.Я. Прокопчук работал в г. Пятигорске, определяя и устанавливая необходимые дозы лечебной грязи, вод минеральных источников, которые были бы наиболее эффективны при лечении различных болезней кожи и не вызывали бы побочных явлений. Проведенные исследования, которые он вначале экспериментально испытывал на своем организме, дали ему основание научно разработать, обосновать и рекомендовать совершенно новые методики и дозы лечебной грязи и вод минеральных источников для больных, страдающих заболеваниями кожи и других органов, не только на курортах Кавказских минеральных вод, но также и на курортах всей нашей страны. Сообщение о разработанных методиках А.Я. Прокопчука было опубликовано в журналах «Русский вестник дерматологии» и «Курортное дело».

В 1927 г. А.Я. Прокопчук был приглашен на работу в Минск, где сначала исполнял обязанности старшего ассистента кафедры кожных и венерических болезней и заместителя декана медицинского факультета Белорусского государственного университета.

В 1928–1929 гг. А.Я. Прокопчук проходил специализацию на медицинском факультете в Сорбоннском университете и Пастеровском институте по серологии и гистопатологии кожи, а также окончил курсы усовершенствования врачей в госпитале св. Людвига под руководством известных дерматологов Франции Гужеро, Люсьена, Перепа, Гостона и др. В Париже А.Я. Прокопчук опубликовал несколько научных работ.

В 1930 г. А.Я. Прокопчук работал в Ленинграде под руководством академика Н.Н. Аничкова над своей докторской диссертацией, где наиболее полно и ярко раскрылась его деятельность как ученого.

В 1931 г. А.Я. Прокопчук избирается по конкурсу заведующим кафедрой кожных и венерических болезней Минского медицинского института. Успешному развитию научно-исследовательской работы в области дерматовенерологии способствовало открытие в 1932 г. Белорусского научно-исследовательского кожно-венерологического института, организатором и научным руководителем которого до 1963 г. был проф. Прокопчук. С первых дней своего существования институт является организационно-методическим и консультативным дерматовенерологическим центром Белоруссии.

В 1935 г. А.Я. Прокопчук защитил докторскую диссертацию «О воспалительных изменениях кожи под влиянием физико-химических раздражителей», о которой проф. Н.Н. Аничков сказал, что она содержит в себе материал двух докторских диссертаций: по морфологии воспаления кожи и биохимии аналогичных процессов. Необходимо также отметить, что докторская диссертация А.Я. Прокопчука создала в дальнейшем целое направление в советской дерматологии.

Исследования в этом направлении показали, что воспалительный процесс, вызванный раздражителем с высоким pH, протекает более бурно по сравнению с воспалением кожи, вызванным раздражителем с низким pH. Это дало практический вклад широкого применения для оживления вяло протекающих язв содовыми растворами.

В 1936 г. А.Я. Прокопчук избирается членом-корреспондентом, а в 1940 г. — действительным членом АН БССР. Многие теоретические и практические положения, разработки А.Я. Прокопчука получили признание как в нашей стране, так и за рубежом.

Большое внимание А.Я. Прокопчук уделял новым методам диагностики и лечению кожных и венерических болезней, применению учения И.П. Павлова в дерматологии. Проведенные исследования А.Я. Прокопчука и его учеников Л.П. Тимофеевой, П.М. Леоненко и др. позволили установить нарушение функционального состояния центральной и периферической нервной системы у больных зудящими дерматозами. Полученные данные обосновали целесообразность ис-



Рис.39. **Проф. А.Я. Прокопчук (1896–1970)**

пользования в комплексной терапии этих заболеваний удлиненного физиологического сна и гипноза.

Много работ выполнено по изучению обмена веществ и установлению роли метаболических сдвигов в патогенезе дерматозов. Первые исследования подобного рода проведены А.Я. Прокопчуком еще в довоенное время. Выявлено нарушение липидного, белкового и углеводного обменов у больных псориазом, минерального обмена у больных экземой и туберкулезом кожи. Этими исследованиями подтверждено участие кожи в поддержании постоянства состава крови в отношении воды, натрия, калия, кальция, сахара и других веществ, нарушения обмена которых могут иметь место в коже без заметных изменений со стороны крови при многих дерматозах. Химический анализ крови не дает представления о ее химизме. Это привело также к важному практическому выводу о значении диетотерапии в дерматологии, поэтому исследования в этом направлении А.Я. Прокопчук значительно расширил в послевоенные годы.

Научные исследования А.Я. Прокопчука получили отражение и за рубежом. Так, в руководстве для практических врачей «Traitement des Dermatoses Communes» (Париж, 1948) автор A. Desaus, указывая о природе псориаза, ссылается на работы А.Я. Прокопчука по исследованию белкового обмена и остаточного азота в коже и крови у больных чешуйчатым лишаем, роли холестерина в патогенезе этого дерматоза. Говоря о туберкулезе кожи, A. Desaus приводит рецепты А.Я. Прокопчука для лечения бородавчатой формы этого заболевания.

В немецком журнале «Archiv fur Dermatologie und Syphilis» помещены статьи А.Я. Прокопчука по белковому и холестериновому обмену при кожных заболеваниях. Часть этих работ (ретикулоэндотелиальная система и сифилис, новокаиновый блок как новый метод лечения кожных заболеваний, о реактивных изменениях в коже под влиянием физико-химических раздражителей, о биохимических изменениях в коже) была помещена в трудах IX международного дерматологического конгресса в Будапеште.

Под руководством А.Я. Прокопчука сотрудники Белорусского научно-исследовательского кожно-венерологического института и кафедры Минского государственного медицинского института с участием практических врачей выполнили огромную работу по выявлению больных венерическими и заразными кожными заболеваниями, провели среди населения республики ряд оздоровительных и профилактических мероприятий.

А.Я. Прокопчук был инициатором организации экспедиций дерматовенерологов для массового обследования сельского населения Белоруссии с целью выявления больных заразными кожными и венерическими заболеваниями и их лечения.

Как указывает Д.И. Ласе (1940), заболеваемость заразными и венерическими болезнями была тогда высокой в Западной Белоруссии. С 1925 по 1933 гг. количество венерических больных возросло на 50%, а с 1933 по 1938 гг. — на 70%.

Профилактика венерических болезней находилась на низком уровне, фактически не было ни одного профилактического пункта. Полностью отсутствовали венерологические больницы в деревне. Лечение венерических больных велось бесконтрольно. Не было единого учета этих больных.

Большую помощь в борьбе с венерическими и заразными кожными заболеваниями в Западной Белоруссии оказали специалисты Московского общества дерматовенерологов (Д.И. Ласе, Г.О. Егоров, М.К. Виноградов, Б.Ф. Печерский). Было открыто 3 диспансера и 6 венерологических пунктов.

В 1938 г. под руководством А.Я. Прокопчука была организована кафедра кожных и венерических болезней при Витебском медицинском институте, которой заведовал его ученик — доцент И.И. Богданович. В дальнейшем такая кафедра была открыта и при Гродненском медицинском институте.

В 1939 г. А.Я. Прокопчук предложил метод лечения больных красной волчанкой акрихином, который сразу же был опубликован в отечественных и зарубежных журналах по дерматологии. Этот метод нашел широкое применение как в нашей стране, так и за рубежом, где он получил название «русского метода лечения красной волчанки».

За разработку этого метода лечения больных А.Я. Прокопчуку была присуждена премия Совнаркома БССР. Его статья о лечении красной волчанки акрихином, напечатанная в «Русском вестнике дерматологии» (1940), была перепечатана в периодической печати многих стран, а также вошла в учебники по кожным болезням для высшей школы США и Англии.

Проф. Ормсби и Монтгомери в учебнике по кожным и венерическим болезням для высшей медицинской школы в США и Англии «Diseas of the Skin» (Лондон, 1954, с. 10–19) писали, что автором этого метода является А.Я. Прокопчук, а Пейдш способствовал внедрению этого метода в дерматологическую практику. В журнале «Archiv of dermatology and syphilogy» (1955, №3) заново перепечатана эта статья А.Я. Прокопчука с припиской, что она печатается ввиду ее исключительного значения в дерматологии.

В 1951 г. врач Пейдш (Англия) на основе работы А.Я. Прокопчука, не ссылаясь на его результаты, с успехом применил этот метод лечения. Затем метод А.Я. Прокопчука с незначительными изменениями применили Дюбо, О'Лири, Хеланин, Виланова, Кардсро, Мартин, Анра, Маршалл, Шроф, Нарендра, Гарвей и Кохрен, Уэльс, Вгрэес, Пармер и Савицкий, Фридрих и Расп и многие другие дерматологи различных стран.

Было опубликовано много работ об успешном лечении красной волчанки акрихином и другими аналогами акрихина. Авторы многих этих работ замалчивают приоритет А.Я. Прокопчука, приписывая его Пейдшу. Сульцбергер и Баэр отмечают бесспорный приоритет А.Я. Прокопчука. В 1955 г. Зэком и Гершензом выступили со специальной статьей в подтверждение приоритета А.Я. Прокопчука, приложив к ней полный перевод его первой работы.

Таким образом, метод лечения красной волчанки был признан мировой медицинской практикой и положил начало эффективному лечению многих коллагенозов.

В настоящее время предложенный метод лечения красной волчанки акрихином широко вошел в практику дерматологов и применяется для лечения этого заболевания наряду с другими препаратами — делагилом, резохином и др. Ученица А.Я. Прокопчука Р.В. Игнатова (1957) продолжила эти исследования и доказала, что лечение больных резохином является наиболее эффективным и дает более полный и быстрый терапевтический эффект.

По мнению А.Я. Прокопчука, красная волчанка, а также псориаз являются истинными дисферментозами и разрушают ферментную настройку. Изучались различные виды обмена веществ у больных кожными заболеваниями. В частности, А.Я. Прокопчук с сотрудниками изучал некоторые вопросы холестеринового, водно-солевого и белкового обмена.

Большое внимание уделялось изучению распространения туберкулезной волчанки, ее клинического течения и обменных нарушений в процессе лечения. Изучались методы лечения гонореи альбуцидом, мягкого шанкра солями меди и т.д.

В предвоенные годы А.Я. Прокопчук со своими учениками разрабатывал средства против отравляющих веществ (иприта). А.Я. Прокопчук, в частности, разработал состав коллоидного железа, который противостоял люизиту и иприту.

Под руководством А.Я. Прокопчука в Белоруссии была организована сеть дерматовенерологических учреждений, в составе которой было 27 диспансеров, 6 лечебниц с 487 койками для больных грибковыми заболеваниями и работало более 100 врачей дерматовенерологов. Это дало возможность добиться резкого снижения венерических и заразных кожных заболеваний.

В первые дни Великой Отечественной войны А.Я. Прокопчук занимался помощью раненым и эвакуацией их из Минска и Борисова, затем работал в Казанском медицинском институте.

В 1942 г. А.Я. Прокопчук создал кафедру кожных и венерических болезней Сталинабадского медицинского института им. Ибн-Сина, организованного на базе кожно-венерологического отделения Душанбинской городской клинической больницы №1. А.Я. Прокопчук проявил огромную энергию, чтобы в тяжелые годы войны создать в республике

научный и организационный центр борьбы с кожными и венерическими болезнями. По инициативе А.Я. Прокопчука организовано известное в Таджикистане научное медицинское общество. Разработал и внедрил в практику применение стрептомицина, граммицидина, альбуцида и пенициллина для лечения гнойных ран и некоторых кожных заболеваний.

В 1943 г. А.Я. Прокопчук вновь приступил к заведованию кафедрой кожных и венерических болезней Минского медицинского института, эвакуированного тогда в Ярославль. В 1944 г. после освобождения Минска от немецко-фашистских захватчиков кафедра кожных и венерических болезней возвратилась в столицу Белоруссии.

Много сил и энергии отдал А.Я. Прокопчук восстановлению полностью разрушенной фашистскими захватчиками дерматовенерологической сети республики, Белорусского НИИ дерматовенерологии, кафедры кожных и венерических болезней Минского медицинского института, а также ликвидации в республике заразных кожных и венерических болезней.

Большой вклад в организационно-методическую, практическую работу и подготовку кадров внесло Белорусское республиканское научное общество дерматовенерологов, председателем которого был А.Я. Прокопчук.

Научные исследования А.Я. Прокопчука всегда отличались оригинальностью, использованием научных методов диагностики, лечения и профилактики заразных кожных и венерических заболеваний.

С 1951 г. А.Я. Прокопчук начал применять радиоактивные изотопы для лечения хронических заболеваний кожи. Радиоактивные изотопы применялись также для исследования проницаемости кожи для ряда веществ, введенных в различные мазевые основы и последующего накопления этих веществ в различных органах и тканях организма. Эти исследования проводили М.Я. Грингауз, М.А. Кунцевич, Ф.А. Хомич, А.Д. Попович, Ф.И. Иванова, П.Ф. Смольский и другие ученики научной школы проф. А.Я. Прокопчука.

Результаты научных исследований позволили рекомендовать для лечения ограниченных форм экземы и нейродермитов радиоактивный фосфор, прометий, а для лечения раковых и предраковых заболеваний кожи — радиоактивные цезий и индий.

Под руководством А.Я. Прокопчука по этой проблеме были подготовлены также 4 кандидатских диссертации его учеников А.П. Витор-ского (1962), В.Ф. Гилевской (1958), М.Я. Грингауза (1945) и В.А. Прокопчук (1961).

Проф. А.Я. Прокопчук принимал участие в 1-й Международной конференции в Женеве (1955) по мирному использованию атомной энергии, являлся делегатом VIII Международного противоракового конгресса в Москве (1962), на котором он с соавторами выступил с докла-

дом «Лечение рака кожи радиоактивным цезием и радиоактивным индием».

В 1956 г. А.Я. Прокопчук на Московской конференции по медицинской радиологии прочитал доклад «Применение радиоактивных изотопов в дерматологии», где им предложено применение новых радиоактивных изотопов (индия, таллия, мышьяка), которые ранее в СССР не использовались.

Р-34 для лечения больных экземой применяли также В.Ф. Гилевская (1952), М.И. Прохоренко (1960), Т504 — В.Ф. Гилевская (1960). А.Ф. Брайцев с соавторами (1965) рекомендовали S 9, Т 04 и прометий-147 в виде ионообменных матерчатых аппликаторов. А.Ф. Третьяков (1949) предложил новую форму альфа-терапии — повязки с активным продуктом распада триона. По его данным (1960), они оказались весьма эффективными.

Анализ литературы, посвященной применению радиоактивных изотопов в дерматологии, показывает, что при лечении ими у большинства больных возникают те или иные повреждения кожи, большей или меньшей тяжести (Б.А. Задорожный и В.С. Аскочинский, 1960; М.И. Прохоренко, 1960; Н.П. Кузнецова, 1961 и др.).

Изменение кожи под воздействием радиации обстоятельно изучил В.И. Самцов, посвятивший этой важной проблеме свою докторскую диссертацию (1967).

Под руководством А.Я. Прокопчука было изучено состояние гематоэнцефалитического и других гистогематических барьеров в возрастном аспекте при влиянии на организм инфекции, стероидных гормонов, неполного голодания и ишемии головного мозга. С этой целью С.А. Еременко (1964) использовались искусственные изотопы мышьяка, фосфора, что послужило основой его кандидатской диссертации.

Многие научные исследования были посвящены обменным процессам в коже, физико-химическим и биохимическим изменениям в ней при различных дерматозах, белкового и углеводного обменов, обмена тирозина, энзимологических нарушений, состояния гистогематических барьеров при физиологическом и некоторых патологических состояниях организма и др. Научные исследования в этом направлении проводили Е.С. Певзнер, Н.З. Яговдик, Ф.Т. Корсун, Р.Н. Пилькевич, А.Е. Ситкевич и другие ученики А.Я. Прокопчука.

Проф. А.Я. Прокопчук со своими учениками один из первых в мировой науке показал, что у больных псориазом имеется выраженное нарушение липидного обмена как в организме, так и в пораженной коже. В частности, исследовались нарушения при псориазе пептидаз, пепсина и уропепсина, диастазы, холинэстеразы, энтерокиназы и других ферментов.

Было установлено повышение пептидазной активности и скорости обновления клеток эпидермиса у больных псориазом. Над этой проблемой работали В.Ф. Гилевская, Н.Н. Сухой, В.Ф. Корсун, Н.К. Касперович,

Н.З. Яговдик, О.П. Комов и другие ученики научной школы А.Я. Прокопчука.

Научные материалы об изменении водно-солевого обмена белков, углеводов, жиров, микроэлементов, витаминов, гормонов, газового обмена при псориазе нашли отражение в кандидатских и докторских диссертациях и монографиях учеников А.Я. Прокопчука.

В клинике был испытан отечественный препарат хризаборин, получаемый из тунгусского корня, при псориазе. Лечебный эффект его мало чем отличался от действия хризаборина бразильского.

С.А. Еременко получил хороший результат от гризеофульвина при лечении двух больных распространенным псориазом. И.Т. Лейбман, А.И. Жевняк, Ф.А. Хомич, П.Ф. Смольский, Н.З. Яговдик, О.П. Комов изучали активность дегидрогенез — ДПН и дисфораз — ТПН, лактатдегидрогенезы как в эксперименте, так и в клинике; у больных псориазом эта активность была выше, чем у здоровых.

Широко изучалась активность трансаминаз не только у больных псориазом, но и экземой и другими дерматозами. У многих больных экземой отмечалось низкое содержание протеолитических ферментов. Отмечена также связь некоторых форм экзем и других дерматозов с нарушением функции желудочно-кишечного тракта, которые являются настоящими энтеропатиями, сопровождающимися патологическими реакциями на коже, как об этом свидетельствуют научные исследования ученицы из школы Т.П. Павлова М.К. Петровой.

Под руководством А.Я. Прокопчука проделана большая работа по исследованию антигенного состава в сыворотке крови и чешуек больных псориазом, сыворотки больных булезным и аллергическими дерматозами, микроспорией, водных экстрактах кожи и эпидермиса в онтогенезе. В сыворотке этих больных впервые выявлены антигены для каждого заболевания.

Научной школой А.Я. Прокопчука проводились исследования иммунологической реактивности у больных псориазом, экземой, профессиональными аллергическими заболеваниями кожи.

Исследовано функциональное состояние коры надпочечников и щитовидной железы у больных псориазом и другими дерматозами. Выявлено снижение функции первой и повышение второй у большинства больных различными дерматозами. Изучена степень обеспеченности витаминами больных псориазом, экземой и другими дерматозами. Положено начало изучению обмена микроэлементов в дерматологии.

Научные исследования А.Я. Прокопчука и его учеников были также посвящены морфологическим изменениям в коже при различных дерматозах.

А.Я. Прокопчук одним из первых исследователей в СССР опубликовал данные электронно-микроскопического исследования структуры кожи человека, возбудителей ряда кожных и венерических болезней, в

том числе возбудителей лепры, туберкулеза и др. Проводились исследования ультра структуры кожи при лучевых ожогах, обоснованы методические подходы лечения лучевых поражений кожи. Научные исследования в этом направлении проводил ученик проф. А.Я. Прокопчука А.Т. Сосновский, материалы которого послужили основой его диссертации «Лучевые дерматиты» (1971).

П.Ф. Смольский, А.Я. Прокопчук, В.Ф. Гилевская и А.Т. Сосновский исследовали ряд физиологических функций кожи, например, митотическую активность, появление включений в ядрах и цитоплазме при применении радиоактивных изотопов. М.Я. Грингауз использовал радиоизотопы с целью изучения скорости проникновения в кожу некоторых основ для мазей, а А.Я. Прокопчук и С.А. Еременко — проницаемости кожи под влиянием кортикостероидов и АКТГ.

Л.П. Тимофеева и М.Я. Грингауз изучали основной обмен у 545 больных различными дерматозами. Они установили повышение основного обмена у больных красной волчанкой, нейродермитом и у 60% больных экземой и псориазом. Проводилось также изучение мукополисахаридов при ряде кожных заболеваний, исследовали в крови гексозамин, галактозамин и другие Н-вещества (Р.Н. Пилькевич, 1972).

Т.П. Русяева и Н.К. Каспирович изучали активность холинэстеразы при различных формах раннего и позднего сифилиса с целью получения более точных данных о нарушении функции печени у этих больных.

Под руководством А.Я. Прокопчука проводились научные исследования по изучению не только патогенеза, но и совершенствованию методов лечения больных экземой, которые проводили его ученики Л.П. Тимофеева, П.М. Леоненко, Н.З. Яговдик и др.

Следует отметить, что все методы лечения лечебной грязью, водами минеральных источников Кавказа, влияние лучей радиоактивных изотопов фосфора, кобальта, мышьяка, таллия, индия и др., как и воздействие на организм предложенного им коллоидного железа, А.Я. Прокопчук, прежде чем рекомендовать в практику, вначале испытывал на своем организме.

По предложению А.Я. Прокопчука в клинике проводилось лечение больных акантолитической пузырчаткой введением антирабической вакцины и нормального иммуноглобулина человека.

В.Ф. Гилевская излечила многих больных с варикозным синдромом гепариновой мазью, а на язвы, вызванные рентгеновским облучением, А.Т. Сосновский назначал цигерол с минолом. У некоторых больных с ранними лучевыми язвами наступило заживление от цигерола и минола.

В 1967 г. А.Я. Прокопчук выступил на XIII Международном конгрессе в Мюнхене с докладом об экспериментальном и клиническом изучении кортикостероидных гормонов и АКТГ, в котором обращалось внимание на развитие тератогенного эффекта, вызванного кортизоном и триамцинолоном.

Разработаны и внедрены в практику методы лечения дерматозов ультразвуком (Л.И. Богданович, А.Г. Клеванович, И.А. Клинович), препаратами гиалуронидазного действия (Е.С. Певзнер, А.С. Новицкий), фонофорез с синаларом при нейродермите (В.М. Козин), лечение чесотки полисульфидным линиментом (И.И. Богданович, Л.И, Богданович, А.И. Конча), лечение витилиго допегитом (А.Е. Ситкевич), эпилином трихофитии (А.Н. Шимонович).

Л.Т. Федорова, М.И. Гулицкая, А.Г. Бондаревич получили хороший результат при лечении себореи и себорейной экземы мазями, содержащими 1% витамина Вб или 1%-ный раствор этого витамина на 60° винном спирте. В.Г. Родионова и Е.С. Певзнер, применяя инъекции унитиола, добились резкого снижения и ликвидации зуда при ряде дерматозов.

С.А. Еременко и П.В. Тищенко проводили лечение онихомикозов пластырями по методике КВИ с удалением ногтей, успешно применяются эпилиновый пластырь и гризеофульвин, отслойку по А.М. Ариевичу.

Большой эффективностью, как показали клинические наблюдения, обладает препарат офунгин у больных эпидермофитией, микозами стоп (А.Я. Прокопчук, В.Ф. Гилевская, И.К. Каспирович, П.В. Дыло).

Под руководством А.Я. Прокопчука Н.И. Громова, Р.И. Раскина и другие его ученики занимались профилактикой гнойничковых заболеваний кожи на промышленных торфяных предприятиях Белоруссии.

Ф.И. Иванова, Р.И. Раскина, В.И. Баранова и С.Ю. Марголина широко применяли различные защитные мази, что позволило добиться значительного снижения гнойничковых заболеваний кожи на промышленных предприятиях Минска.

Л.П. Тимофеева и М.Я. Грингауз (1974) проводили работу по снижению заболеваемости чесоткой в республике.

Большое внимание проф. А.Я. Прокопчук уделял организации профилактики и лечению профессиональных заболеваний кожи и пиодермитов. Им предложено несколько профилактических мероприятий для рабочих металлообрабатывающей промышленности. Проблема борьбы с грибковыми заболеваниями в Белоруссии стояла остро и ей А.Я. Прокопчук уделял большое внимание. Под его руководством проводилось изучение эпидемиологии грибковых инфекций, исследовалась микрофлора кожи человека, изменчивость дерматофитов, клиника микозов в республике, влияние различных факторов внешней среды на динамику заболеваний микроспорией.

А.Я. Прокопчук разработал и внедрил в практику методы лечения больных дерматомикозами эпилином, гризеофульвином, а также разработал рекомендации по профилактике микозов у детей и лечению онихомикозов у взрослых. Большую работу в этом направлении проводили Э.Н. Черняк, В.Д. Политов, С.А. Еременко, Н.Д. Павлов и другие ученики А.Я. Прокопчука. Под его руководством А.Г. Бондаревич (1957), Н.А.

Костенич (1954), П.Ф. Смольский (1963), Н.И. Черноморцева (1969) посвятили свои кандидатские диссертации различным проблемам микологии.

А.Я. Прокопчук впервые в Белоруссии использовал рентгеновские аппараты для рентгеновской эпиляции у больных с трихомикозами волосистой части головы. Большая работа проводилась по учету и разработке эффективных методов лечения различных форм туберкулеза кожи, его профилактике.

Под руководством проф. А.Я. Прокопчука исследования в области сифилидологии были направлены на совершенствование форм борьбы, методов диагностики и лечения, изучение патогенеза и эпидемиологии сифилиса в республике.

На базе Минского пенициллинового завода А.Я. Прокопчук со своими учениками изучал терапевтическую активность пенициллина при лечении больных сифилисом и гонореей. Был разработан ряд новых методов терапии этих заболеваний в зависимости от массы тела, стадии заболевания и т.д. Проводилась разработка схем безмышьякового лечения сифилиса. Доказано, что безмышьяковое лечение может применяться не только для лечения больных, которым противопоказано применение сальварсановых препаратов, но и как метод, равноправный с другими существующими ныне методами лечения сифилиса (С.С. Горбулев, 1957).

Весомый вклад в эту область внесли О.П. Комов, Л.Г. Федорова, Л.Н. Разовский, В.Г. Родионова, Д.А. Чеботарь, Е.В. Шигадло, О.М. Кудянова, П.Ф. Смольский и другие ученики А.Я. Прокопчука.

Много внимания уделялось совершенствованию и упрощению методик серологических реакций, применяемых для лабораторной диагностики сифилиса. Под руководством А.Я. Прокопчука над этой проблемой работали Б.М. Гинзбург, О.П. Комов, что явилось основой их кандидатских диссертаций.

В 1946 г. число серологических лабораторий в республике исчислялось двумя десятками, в 1955 г. их стало почти в два раза больше. В них ставятся классические реакции Вассермана, Кана и Витебского, разрабатываются новые типы реакций. Серологическая служба постоянно развивается и совершенствуется в республике.

На основании научных материалов Белорусского научно-исследовательского кожно-венерологического института доказана необходимость вассерманизации соматических больных, совместно с ЦКВИ дана оценка специфичности РИФ, РИТ, реакции Колмера, микрореакций на стекле, внедрение которых в практику позволило улучшить серологическую службу в республике (Э.И. Федорович, Е.К. Пуровская, Н.И. Федоров, 1974).

Много внимания сотрудниками кафедры и института уделялось борьбе с распространением гонореи, внедрению более эффективных методов лечения таких больных. В результате многолетнего изучения клиничес-

кой картины гонореи и терапевтической эффективности различных антибиотиков выявлено своеобразное клиническое течение гонореи, выработаны и внедрены в практику схемы и методы терапии больных различными ее формами. Доказана практическая значимость адаптации гонококка к антибиотикам.

В июне 1956 г. А.Я. Прокопчук сообщил на пленуме ученой комиссии при Министерстве здравоохранения СССР в Москве о новом методе лечения хронической женской гонореи, заключавшемся в комбинированном применении стрептомицина, стрептоцида и синтомициновой эмульсии, давшем исключительно положительные клинические результаты.

А.П. Виторский (1973) проводил анализ заболеваемости гонореей в Белорусской ССР. Н.И. Гулицкая и М.З. Райница (1983) изучали социально-экономические аспекты гонореи. Изучалась взаимосвязь отдельных показателей демографического фактора с показателями заболеваемости гонореей. М.З. Райница (1957) проводила лечение хронической женской гонореи по методу А. Я. Прокопчука.

В.Г. Родионова, А.П. Виторский (1973) и другие ученики А.Я. Прокопчука изучали проблемы сезонного колебания заболеваемости венерическими болезнями в Белорусской ССР. Их исследования показали, что заболеваемость сифилисом в республике в 2 раза увеличивается в конце года, а заболеваемость гонореей в 1,5 раза выше среднемесячного показателя в основном в летние месяцы года. Наблюдения эти показали также, что увеличение заболеваемости обусловлено в основном тем, что некоторые больные и выявленные в более ранние месяцы года появляются в сводке за декабрь при подсчете итогов заболеваемости за год.

Весомый вклад в эту проблему внесли П.В. Дыло, А.Д. Целищева, Т.Л. Кладницкая, Л.Г. Федорова, Р.Н. Пилькевич и другие ученики научной школы А.Я. Прокопчука.

Много внимания уделяется пропаганде санитарно-гигиенических знаний среди населения республики. Снижение заболеваемости венерическими болезнями зависело от эффективности профилактических, улучшения лечебно-диспансерных и санитарно-просветительных мероприятий. Благодаря проведенной организационной работе под руководством А.Я. Прокопчука в послевоенный период уже к 1946 г. на территории республики действовал 21 венерологический диспансер, 69 городских и 29 сельских венерологических пунктов, т.е. 119 венерологических учреждений вместо 42, работавших в 1940 г. Для госпитализации больных венерическими и заразными болезнями в 1946—1952 гг. было выделено 770 коек, в том числе 52,3% в специализированной сети. В 1955 г. в 31 диспансере и 155 венерологических кабинетах насчитывалось 844 койки.

Увеличение числа специализированных учреждений повлекло за собой рост количества специалистов-венерологов. В 1950 г. число их уве-

личилось по сравнению с 1946 г. на 123%. Специалисты-дерматовенерологи готовились при Белорусском кожно-венерологическом институте, клиниках, вендиспансерах и на кафедре кожных болезней Института усовершенствования врачей. В республике резко снизилась заболеваемость остро заразными формами сифилиса (1913 г. — 42,1; 1925 — 17,7; 1940 — 2,1; 1946 — 11,4; 1955 — 0,28 больных на 10 000 населения). Много лет в республике не регистрируется заболевание мягким шанкром. В 1966 г. заболеваемость сифилисом в БССР составляла 0,7, а гонореей — 35,9 случая на 10 000 населения. Продолжает снижаться заболеваемость дерматомикозами. Всего больных трихофитией, микроспорией и фавусом зарегистрировано в 1966 г. 47,8 на 10 000 населения. Наиболее высокие показатели по Гродненской (76,6) и Брестской (54,6) областям.

Большой вклад в дело охраны здоровья населения, подготовки медицинских кадров и развития научных исследований в республике по дерматовенерологии под руководством А.Я. Прокопчука внесли Б.Я. Эльберт, Б.С. Ябленик, И.И. Богданович, Е.С. Певзнер, С.М. Башмакова, С.С. Горбулев, П.М. Леоненко, А.Д. Целищева, Я.И. Кривоносова, Н.Я. Энтин, М.Б. Лифшиц, Н.Ф. Павлова, Н.М. Черноморцева, Л.И. Богданович, Л.И. Гокинаева, Ю.А. Штенбок, И.М. Финькевич и другие специалисты республики.

Исключительно большое внимание А.Я. Прокопчук уделял организационно-методической работе в областных и межрайонных кожно-венерологических диспансерах, привлекая для этой работы наиболее опытных сотрудников Белорусского научно-исследовательского кожно-венерологического института (Э.Н. Черняк, И.И. Громов, Р.И. Раскина и др.). Институт постоянно поддерживал связи с практическими учреждениями республики, придерживался принципа программно-целевого планирования научных исследований и внедрения их в практику.

С 1983 по 1988 гг. директором Белорусского научно-исследовательского кожно-венерологического института был ученик А.Я. Прокопчука О.П. Комов. Он автор около 200 научных работ. В 1974 г. О.П. Комов защитил докторскую диссертацию «Материалы к этиологии и патогенезу псориаза». Под его руководством защищено 6 кандидатских диссертаций. О.П. Комов является редактором 10 сборников научных трудов института и трех монографий, главным специалистом по дерматологии в республике. С 1988 г. институтом руководит другой ученик А.Я. Прокопчука — проф. Н.З. Яговдик.

Ученики научной школы А.Я. Прокопчука успешно продолжают развивать научные идеи своего учителя, изучают новые проблемы современной дерматологии и венерологии.

Проф. А.Я. Прокопчук опубликовал более 300 научных работ по различным проблемам дерматовенерологии. Под его руководством издано 7 томов научных трудов Белорусского научно-исследовательского ин-

ститута и 6 сборников «Практической дерматологии». Под руководством А.Я. Прокопчука на базе клиники кожных болезней Минского медицинского института и Белорусского научно-исследовательского кожно-венерологического института подготовлено и защищено 37 кандидатских и 9 докторских диссертаций.

А.Я. Прокопчук был членом редакционных советов журналов «Вестник дерматологии и венерологии» и «Медицинская радиология». Дерматологи Польши избрали его почетным членом Краковского дерматологического общества. В течение многих лет А.Я. Прокопчук был членом правления Всесоюзного общества дерматовенерологов, председателем Белорусского и Минского городских научных обществ дерматовенерологов, а в последние годы — почетным членом республиканского общества дерматовенерологов.

Проф. А.Я. Прокопчук был блестящим лектором. Его лекции отличались доступностью изложения и высоким научным уровнем.

А.Я. Прокопчук создал научную школу дерматовенерологии Белоруссии. Многие его ученики заведуют кафедрами и институтами в нашей стране, продолжают заниматься научными исследованиями и педагогической деятельностью. Важнейшей особенностью научного творчества А.Я. Прокопчука была принципиальность, целеустремленность, глубокая преданность науке, ясное видение и понимание ее насущных задач. Он всегда умел заинтересовать своих учеников и товарищей по работе новыми научными проблемами, деловитостью.

Научный уровень этой школы наиболее полно отражен в деятельности следующих учеников А.Я. Прокопчука: С.М. Башмаковой, А.Г. Бондарович, А.П. Виторского, С.С. Горбулева, В.Ф. Гилевской, Б.М. Гинзбург, М.Я. Грингауз, Н.И. Гулицкой, П.В. Дыло, С.А. Еременко, Р.В. Игнатовой, Ф.И. Иванковой, Н.К. Касперович, Т. Л. Кладницкой, В.Ф. Королева, О.П. Комова, В.Ф. Корсун, Н.А. Костенич, М.А. Кунцевич, И.Г. Лейбман, П.М. Леоненко, Л.О. Марченко, С.Н. Наливко, А.С. Новицкого, В.Г. Панкратова, Е.С. Певзнер, Р.Н. Пилькевич, А.Д. Попович, Е.К. Пуров-ской, Р.И. Раскиной, М.Э. Райциной, В.Г. Родионовой, Л.Н. Розовского, В.А. Романова, П.Ф. Смольского, А.Т. Сосновского, Л.П. Тимофеевой, Н.И. Федорова, Л.Г. Федоровой, С.В. Федорович, Э.И. Федорович, Ф.А. Фомич, А.Д. Целищевой, Н.И. Черноморцевой, Э.Н. Черняк, Н.З. Яговдика.

Литература

1. БОНДАРОВИЧ А.Г. Грибковые заболевания и их возбудители. Канд. дисс., Минск, 1957.

2. ВИТОРСКИЙ А.П. К вопросу об организации дерматовенерологической службы в Белорусской ССР. В кн.: Материалы научной сессии научно-исследовательского кожно-венерологического института Минздрава БССР и Бело-

русского научного медицинского общества дерматовенерологов. Минск, 1968, с. 4–7.

3. ВИТОРСКИЙ А.П. Токсикологические и некоторые фармакологические свойства бета-защищенных пропионитрилов. Канд. дисс., Минск, 1962.

4. ГИЛЕВСКАЯ В.Ф. Радиоактивный фосфор Р и радиоактивный таллий Т1 в лечении кожных заболеваний. Канд. дисс., Минск, 1958.

5. ГРИНГАУЗ М.Я. Проникновение радиоактивных изотопов через кожу и применение их в терапии некоторых дерматозов. Канд. дисс., Витебск, 1965.

6. ГОРБУЛЕВ С.С. Безмышьяковое лечение сифилиса. В кн.: Сборник научных работ Белорусского научно-исследовательского кожно-венерологического института. Минск, 1957, т. 5, с. 267–278.

7. ГРОМОВ Н.И., РАСКИНА Р.И. Борьба с гнойничковыми заболеваниями на промышленных и торфяных учреждениях БССР. В кн.: Сб. научных работ Белорусского научно-исследовательского кожно-венерологического института. Минск, 1959, т. 6, с. 365–367.

8. ГУЛИЦКАЯ Н.И. Клинико-лабораторное изучение чувствительности гонококков к антибиотикам. Канд. дисс., Минск, 1971.

9. ГУЛИЦКАЯ Н.И. Некоторые социально-экономические аспекты гонореи. В кн.: Патогенез и терапия кожных и венерических заболеваний. Минск, 1983, вып. 26, с. 143–146.

10. ДЫЛО П.В. Пенициллин при лечении гонореи у мужчин. Канд. дисс, Минск, 1946.

11. ЕРЕМЕНКО С.А. Гемато-энцефалитический барьер при некоторых физиологических состояниях организма. Канд. дисс, Минск, 1964.

12. ИВАНКОВА Ф.И. Влияние некоторых факторов на туберкулез кожи. Экспериментальный туберкулез морских свинок. Канд. дисс, т. 1–2, Минск, 1961.

13. ИГНАТОВА Р.В. Лечение красной волчанки резохином. В кн.: Сборник научных работ Белорусского научно-исследовательского кожно-венерологического института. Минск, 1957, т. 5, с. 104–111.

14. КОМОВ О.П. Некоторые вопросы борьбы за полную ликвидацию венерических и заразных болезней. Здравоохранение Белоруссии. 1955, №10, с. 65–67.

15. КОМОВ О.П. Сравнительная оценка антигенов в реакции Вассермана и реакция оседания эритроцитов в диагностике сифилиса. Канд. дисс., Минск, 1956.

16. КОМОВ О.П. Итоги борьбы с венерическими и заразными кожными заболеваниями в Белорусской ССР. В кн.: Тез. доклада пленума правл. Всесоюзного общества дерматовенерологов. Кисловодск, М., 1967, с. 10–11.

17. КОМОВ О.П., ВИТОРСКИЙ А.П., ГИЩЕНКО Л.А. О борьбе с лепрой в БССР. Здравоохранение Белоруссии, 1967, №6, с. 30–32.

18. КОМОВ О.П. Достижения медицинской науки и практики в области дерматовенерологии в Белорусской ССР за годы советской власти. В кн.: Материалы научной сессии научно-исследовательского кожно-венерологического института МЗ БССР и Белорусского научного медицинского общества дерматовенерологов. Минск, 1968, с. 3–4.

19. КОМОВ О.П., ВИТОРСКИЙ А.П. Развитие дерматовенерологии в БССР. В кн.: Вопросы истории медицины и здравоохранения. Минск, 1968, с. 55–56.

20. КОМОВ О.П. Дерматовенерологическая помощь в БССР. Вестник дерматологии и венерологии. 1969, №6, с. 79–81.

21. КОМОВ О.П., ЯГОВДИК Н.З. Краткие итоги работы Белорусского науч-

но-исследовательского кожно-венерологического института за 40 лет. В кн.: Актуальные вопросы дерматологии и венерологии. Вып. 18. Минск, 1972, с. 3–9.

22. КОМОВ О.П., ЯГОВДИК Н.З., ВИТОРСКИЙ А.П. Организационно-историческая и научно-исследовательская работа по дерматовенерологии в Белоруссии за 50 лет. Вестник дерматологии и венерологии, 1972, №12, с. 13–15.

23. КОМОВ О.П., ЯГОВДИК Н.З. Основные итоги научно-исследовательской работы Белорусского кожно-венерологического института за 1965–1971 гг. Вестник дерматологии и венерологии. 1972, №11, с. 3–8.

24. КОМОВ О.П., ВИТОРСКИЙ А.П., ТИМОФЕЕВА Л.П., ПОПОВИЧ А.Д. Дерматовенерологическая помощь населению Белорусской ССР. В кн.: VI Всесоюзный съезд дерматовенерологов (тезисы докладов). М., 1973, с. 13.

25. КОМОВ О.П. Материалы к этиологии и патогенезу псориаза. Докт. дисс., Минск, 1974.

26. КОМОВ О.П., ЯГОВДИК Н.З. Итоги научно-исследовательской работы НИКВИ МЗ БССР за 1971–1976 гг. В кн.: Актуальные вопросы дерматологии и венерологии. Вып. 20. Минск, 1978, с. 3–10.

27. КОМОВ О.П., ЯГОВДИК Н.З. Основные направления научно-исследовательской работы НИКВИ в 10-й пятилетке. В кн.: Актуальные вопросы дерматологии и венерологии. Сб. научн. трудов, вып. 21, Минск, 1977, с. 3–8.

28. КОМОВ О.П., ЯГОВДИК Н.З. Краткие итоги научно-исследовательской работы дерматологов Белоруссии за 60 лет советской власти. В кн.: Актуальные вопросы дерматологии и венерологии. Сб. научн. трудов. Вып. 22, Минск, 1978, с. 3–12.

29. КОМОВ О.П., ЯГОВДИК Н.З., ВИТОРСКИЙ А.П. Итоги НИР в Бел. НИИ за 1976–1980 гг. В кн.: Актуальные вопросы дерматологии и венерологии. В кн.: Сб. научн. трудов. Вып. 24, Минск, 1980, с. 3–12.

30. КОМОВ О.П., ЯГОВДИК Н.З. Основные направления научно-исследовательской работы Бел. НИКВИ в 11-й пятилетке. В кн.: Патогенез и терапия кожных и венерических заболеваний. Сб. научн. работ, вып. 25, Минск, 1981, с. 3–10.

31. КОМОВ О.П., ЯГОВДИК Н.З., ВИТОРСКИЙ А.П. Краткие итоги работы Белорусского научного медицинского общества дерматовенерологов. В кн.: Патогенез и терапия кожных и венерических заболеваний. I съезд дерматологов и венерологов БССР. Минск, 1982, с. 10–15.

32. КОМОВ О.П., ЯГОВДИК Н.З., ВИТОРСКИЙ А.П. Белорусский научно-исследовательский кожно-венерологический институт. В кн.: Патогенез и терапия кожных и венерических заболеваний (I съезд дерматологов и венерологов БССР). Минск, 1982, с. 3–10.

33. КОРОЛЕВ Ю.Ф., ПИЛЬТИЕНКО Л.Ф. К 30-летию кафедры кожных и венерических болезней Бел. ГИУВа. В кн.: Актуальные вопросы дерматологии и венерологии. Сб. научн. трудов. Вып. 24, Минск, 1977, с. 8–10.

34. КОРСУН В.Ф. Изучение ферментов желудочно-кишечного тракта при заболеваниях кожи. Автореф. канд. дисс., Минск, 1971.

35. КОРСУН В.Ф. Псориаз и обмен веществ. Минск, 1975, с. 140.

36. КОСТЕНИЧ Н.А., ВИТОРСКИЙ А.П., ПОЛИТОВ В.Д., КОГАЛОВСКИЙ Е.М., ГОНТУРИНА А.И. Состояние заболеваемости и мероприятия по борьбе с микроспорией в Белорусской ССР. В кн.: Сб. научных работ. Вып. 20, Минск, 1976, с. 10–15.

37. КОСТЕНИЧ Н.А., ЧЕБОТАРЬ Д.А., ПОЛИТОВ В.Д. К вопросу распространения и эпидемиологии заболеваемости микроспорией в БССР. Здравоохранение Белоруссии. 1975, №3, с. 44–46.

38. КОСТЕНИЧ Н.А. К вопросу об изменчивости эпидермофитона Кауфман-Вольфа. Канд. дисс., Минск, 1954.

39. ЛАСС Д.И. Организация борьбы с кожными и венерическими болезнями в Западной Белоруссии. Вестник венерологии и дерматологии, 1940, № 7–8, с. 1–5.

40. ЛЕОНЕНКО П.М. Опыт организации борьбы с венерическими и заразными кожными болезнями в западных областях Белоруссии. Белорусский кожно-венерологический институт. Сб. научн. работ, Минск, 1954, т. IV, с. 294–298.

41. НАЛИВКО С.Н. Содержание биоэлементов (меди и цинка) и состояние активности ферментов (лактат-изоцитрат-сукцинат-малат-дегидрогеназ) в коже человека на различных этапах развития. Канд. дисс., Минск, 1974.

42. НОВИЦКИЙ А.С. Изучение терапевтической эффективности электрофореза ронидозы при лечении больных хронической красной волчанкой и некоторыми другими дерматозами. Канд. дисс., Минск, 1970.

43. ПАНКРАТОВ В.Г. Физико-химические и функциональные исследования кожи у здоровых людей и у больных микозами стоп. Канд. дисс., Минск, 1959.

44. ПЕВЗНЕР Е.С. Витамин Д2 в лечении туберкулезных заболеваний кожи. Канд. дисс., Минск, 1954.

45. ПИЛЬКЕВИЧ Р.Н. Белково-углеводные комплексы и их компоненты в сыворотке крови при некоторых дерматозах. Канд. дисс., Минск, 1972.

46. ПОПОВИЧ А.Д. Заболеваемость дерматомикозами в Белорусской ССР. В кн.: Материалы научной сессии Научно-исследовательского кожно-венерологического института МЗ БССР и Белорусского научного мед. общества дерматовенерологов, Минск, 1968, с. 7–8.

47. ПРОКОПЧУК А.Я., БАРАНОВСКИЙ В.Г. Краткий отчет о работе Минского дерматовенерологического общества за 1945–1947 гг. Вестник венерологии и дерматологии. 1948, №4, с. 61–62.

48. ПРОКОПЧУК А.Я., БАРАНОВСКИЙ В.Г. Краткий отчет Минского общества дерматологов и венерологов за 1950 г. Вестник дерматологии и венерологии, 1951, №4, с. 57–58.

49. ПРОКОПЧУК А.Я. Деятельность кожно-венерологической клиники. В кн.: Сб. научных работ Минского мединститута, 1956, т. 17, с. 325–333.

50. ПРОКОПЧУК А.Я. Значение учения И.П. Павлова в дерматологии. В кн.: Сб. научных работ Бел. КВИ, 1954, т. 4, с. 3–12.

51. ПРОКОПЧУК А.Я. Применение радиоактивных изотопов в медицине. В кн.: Сб. научных работ. Лит. респ. НИКВИ, 1956, т. 3, с. 74–78.

52. ПРОКОПЧУК А.Я. Радиоактивные вещества и их применение в медицине. В кн.: Сб. научных работ Минского мединститута. Минск, 1957, т. 20, с. 140–157.

53. ПРОКОПЧУК А.Я. Борьба с заразными кожными и венерическими заболеваниями в Белорусской ССР. Тез. доклада на межреспубл. научной конференции врачей-дерматовенерологов БССР, Латв. ССР, Лит. ССР и ЭССР, Рига, 1957, с. 3–4.

54. ПРОКОПЧУК А.Я. Наш новый метод лечения хронической женской гонореи. В кн.: Сб. научных работ Белорусского научно-исследовательского кожно-венерологического института, Минск, 1957, т. 5, с. 283–286.

55. ПРОКОПЧУК А.Я., ЧЕРНЯК Э.Н. Десятилетняя работа дерматологических учреждений БССР по снижению венерических и заразных кожных заболеваний. В кн.: Сб. научных работ Белорусского научно-исследовательского кожно-венерологического института, Минск, 1957, т. 5, с. 343–348.

56. ПРОКОПЧУК А.Я. Дорога в науку. (Автобиографический очерк). Здравоохранение Белоруссии, 1957, №11, с. 62–65.

57. ПРОКОПЧУК В.А. Действие радиоактивного фосфора на кожу человека. Канд. дисс., т. 1–2, Минск, 1961,

58. ПРОКОПЧУК А.Я. Дерматовенерологическая наука в БССР. В кн.: Вопросы истории медицины и здравоохранения, Минск, 1968, с. 165–167.

59. ПРОКОПЧУК А.Я. Деятельность минских дерматологов. Вестник дерматологии и венерологии. 1969, №5, с. 3–6.

60. РАЙНИЦА М.З. Опыт одновременного лечения хронической женской гонореи стрептомицином, стрептоцидом и синтомицином. В кн.: Сб. научных работ Белорусского научно-исследовательского кожно-венерологического института. Минск, 1957, т. 5, с. 383–385.

61. РОДИОНОВА В.Г., ВИТОРСКИЙ А.П. Сезонные колебания заболеваемости венерическими болезнями в Белоруссии. В кн.: VI Всесоюзный съезд дерматовенерологов (тезисы докладов), М., 1973, с. 39.

62. СМОЛЬСКИЙ П.Ф. Электронно-микроскопическое исследование дерматофитов и изучение терапевтической эффективности гризеофульвина при дерматомикозах. Канд. дисс., Минск, 1963.

63. СОСНОВСКИЙ А.Т. Лучевые дерматиты и их лечение. (Клинико-экспериментальное исследование). Докт. дисс., Минск, 1970.

64. СОСНОВСКИЙ А.Т., ЕРЕМЕНКО С.А., КОРСУН В.Д. К 60-летию кафедры кожных и венерических болезней Минского медицинского института. Вестник дерматологии и венерологии, 1984, №1, с. 66–69.

65. СОСНОВСКИЙ А.Т., КОМОВ О.П. Андрей Яковлевич Прокопчук — основоположник Белорусской школы дерматовенерологов. Здравоохранение Белоруссии, 1986, №7, с. 27–30.

66. ТИМОФЕЕВА Л.П. Изменение физиологической функции у больных экземой и нефродермитом под влиянием медикаментозного сна. Канд. дисс., Минск, 1955.

67. ТИМОФЕЕВА Л.П., ГРИНГАУЗ М.Я. О работе некоторых кожно-венерологических диспансеров республики по снижению заболеваемости чесоткой. В кн.: Актуальные вопросы дерматологии и венерологии. Вып. 19, Минск, 1974, с. 65–67.

68. ФЕДОРОВИЧ Э.И. Материалы к изучению пузырчатки, дерматита Дюринга и буллезного эпидермолиза. (Иммунологическое исследование). Канд. дисс., Минск, 1970.

69. ФЕДОРОВИЧ С.В. Физико-химические показатели кожи и иммунологическая характеристика больных аллергическими дерматозами. Канд. дисс., Минск, 1973.

70. ФЕДОРОВИЧ Э.И., ПУРОВСКАЯ Е.К., ФЕДОРОВ Н.И. Состояние серологической службы в БССР и пути ее улучшения. В кн.: Актуальные вопросы дерматологии и венерологии. Сб. научн. работ. Минск, 1974. Вып. 19, с. 195–198.

71. ФЕДОРОВИЧ С.В., ТИМОФЕЕВА Л.Н. Состояние заболеваемости профессиональными дерматозами в Белоруссии. В кн.: Актуальные вопросы дерматологии и венерологии. Вып. 20, Минск, 1976, с. 16–18.

72. ФЕДОРОВ Н.И. Водорастворимые белки кожи человека в разные возрастные периоды (Иммунологическое исследование). Канд. дисс., Минск, 1971.

73. ФЕДОРОВА Л.Г., СМОЛЬСКИЙ П.Ф., РОЗОВСКИЙ Л.Н. Дальнейшие мероприятия по борьбе с венерическими заболеваниями в БССР. В кн.: Актуальные вопросы дерматовенерологии. Минск, 1969, с. 27–29.

74. ФЕДОРОВА Л.Г. Клинико-экспериментальное исследование по этиологии чешуйчатого лишая. Канд. дисс., т. 1–2, Минск, 1956.

75. ЧЕРНОМОРЦЕВА Н.И. Грибковая флора и фауна кожи человека. Канд. дисс. Минск, 1953.

76. ЧЕРНЯК Э.Н. Опыт организации борьбы с грибковыми заболеваниями на селе. В кн.: Сб. научных работ Бел. КВИ, 1954, т. 4, с. 299–304.

77. ЧЕРНЯК Э.Н., ГРИНГАУЗ М.Я. Вопросы медицинского обслуживания сельского населения дерматовенерологической помощью. В кн.: Тезисы докладов на межреспубликанской научной конференции врачей дерматовенерологов БССР, Латв. ССР, Лит. ССР, ЭССР, Рига, 1957, с. 9–11.

78. ЯГОВДИК Н.З. Содержание кобальта, никеля, цинка в крови больных экземой. Канд. дисс., Смоленск, 1961.

12.4. НАУЧНАЯ ШКОЛА ПРОФ. М.П. БАТУНИНА

Профессор Михаил Петрович Батунин (1884–1972) является известным советским ученым дерматовенерологом. Родился М.П. Батунин в г. Ардатове Сибирской губернии. В 1924 г. окончил медицинский факультет Казанского университета. После окончания учебы работал сначала ординатором, затем ассистентом и доцентом на кафедре кожных и венерических болезней медицинского факультета Казанского государственного университета. В 1926 г. М.П. Батунин организовал и провел в Казани первый Поволжский съезд венерологов и дерматологов. В 1930–1931 гг. он исполнял обязанности директора кожно-венерологической клиники, фактически заведуя кафедрой. За время работы в г. Казани М.П. Батунин организовал секцию венерологов и дерматологов при Казанском научном обществе врачей. В 1931 г. М.П. Батунин был избран по конкурсу заведующим кафедрой кожных и венерических болезней Горьковского медицинского института, которой заведовал до 1970 г., одновременно (с 1933 г.) работая директором Горьковского научно-исследовательского кожно-венерологического института.

С переездом в г. Горький М.П. Батунин возглавил кожно-венерологическую службу Горьковской области, вел большую научную, педагогическую и организационную работу, активно помогая органам здравоохранения в деле оздоровления населения, снижения заболеваемости венерическими и заразными кожными болезнями.

Под руководством М.П. Батунина Горьковский кожно-венерологический институт организовал централизованный учет кожных и венерических болезней в городах и селах Горьковской области, проводил диспансерные методы работы как один из основных принципов советского здравоохранения в борьбе с венерическими и заразными кожными заболеваниями, организовал санитарно-просветительную работу. Научные сотрудники института и преподаватели кафедры на протяжении почти трех десятилетий разрабатывали актуальные научные и практические проблемы советской дерматовенерологии. М.П. Батунин является автором 200 научных работ по актуальным вопросам дермато-

логии: пиодермитам, профессиональным дерматозам, функционально-физиологическому направлению в дерматологии, изысканию рациональной терапии дерматозов и т.д. В его трудах нашли отражение вопросы патогенеза, клиники, лечения, лабораторной диагностики сифилиса и гонореи.

В начале своей деятельности в г. Горьком М.П. Батунин особое место уделял вопросам организации борьбы с профессиональными заболеваниями кожи. Под руководством М.П. Батунина изучением клиники и течения профдерматозов, их лечением и профилактикой на заводах и фабриках Горьковской области занимались сотрудники института и кафедры кожных и венерических болезней Д.Л. Елкин, А.С. Зенин, Н.А. Торсуев и др. Результаты этой работы были обобщены в тематическом сборнике трудов «Пути изучения клиники, лечения и профилактики профессиональных поражений кожи в Горьковском крае» (1933). М.П. Батунин и А.С. Зенин впервые написали руководство «Профессиональные болезни кожи» (1933), оказавшее влияние на развитие советской профессиональной дерматологии, где помимо собственных наблюдений приведены также и литературные данные. М.П. Батунин и Н.А. Торсуев (1933) впервые детально изучили причину профессиональных дерматозов от хрома, соединений никеля. Проводились исследования по изучению действия на кожу цианистого натра, тротила, фрезола и др. химических соединений. Были разработаны мероприятия по борьбе с профессиональными заболеваниями на различных промышленных предприятиях и в сельском хозяйстве Горьковской области. Продолжая научные исследования в области профессиональных заболеваний кожи, начатые М.П. Батуниным, его ученик Н.А. Торсуев (1934) выполнил кандидатскую диссертацию, посвященную профессиональным заболеваниям кожи.

М.П. Батунин является одним из основоположников учения о профессиональных заболеваниях кожи на первых этапах развития советского здравоохранения. Плановой и организованной борьбе с профессиональными дерматозами, начавшейся в нашей стране уже в первые годы советской власти, способ-



Рис.40. **Проф. М.П. Батунин (1884–1972)**

ствовало создание научно-исследовательских институтов гигиены труда и профессиональных заболеваний. Первым учреждением такого типа был Институт профессиональных болезней им. В.А. Обуха, организованный 21 июля 1932 г. Дерматологическое отделение этого института возглавляли выдающиеся отечественные дерматологи проф. В.В. Иванов (1923–1931) и Н.С. Ведров (1931–1938). В 1936 г. Институт им. В.А. Обуха, бывший тогда Московским областным, объединился с Центральным институтом гигиены труда и промышленной санитарии Наркомздрава РСФСР, существовавшим с 1927 г., в котором было и дерматологическое отделение, где работали Ф.Н. Гринчар и В.А. Рахманов.

Настойчивая работа под руководством М.П. Батунина проводилась сотрудниками кожно-венерологического института и кафедры в борьбе с гнойничковыми заболеваниями в г. Горьком и области. Б.П. Метальников проводил лечение больных сикозом инъекциями аутовакцины, М.З. Каган боролся с фурункулезом и гидроденитами, Л.И. Фандеев и другие разрабатывали новые методы лечения пиодермитов. Совместно с сотрудниками М.П. Батунин установил высокие пенетрирующие качества этилцеллосольва, введенного по их предложению в Государственную фармаколею и рекомендованного для широкого применения в лечебной практике в качестве основы многих лекарств, применяемых для лечения пиодермитов, микозов стоп и других заболеваний кожи. П.А. Карзанов (1939), В.Н. Андрианова (1960) и другие изучали роль пиодермии как фактора временной нетрудоспособности.

В.Н. Андрианова с соавторами (1970) изучала инвалидность по кожным заболеваниям и ее динамику в г. Горьком и Горьковской области и пришла к выводу, что лечение таких больных с использованием диспансерных методов обслуживания значительно улучшает их клинический и трудовой прогноз.

М.П. Батунин изучал также вопросы лечения грибковых заболеваний методом эпиляции таллием (1928), лечение трихофитии раствором Люголя (1925). Вопросы лечения и организации борьбы с грибковыми заболеваниями в Горьковской области изучали Б.И. Ильин (1964), Д.Е. Елкин (1939), З.А. Лесина (1940), В.Ф. Большакова и И.В. Виноградова (1964) и другие ученики М.П. Батунина. В частности, З.А. Лесина (1940) изучала характеристику грибковой флоры Горьковской области, материал которой и стал основой ее кандидатской диссертации. В дальнейшем под руководством З.А. Лесиной в микробиологической лаборатории института проводились разработки вопросов биологической диагностики спектрофотометрическим методом исследования люминесценции, что было положено в основу кандидатской диссертации В.Ю. Хижина (1971) и других научных сотрудников института и кафедры.

В настоящее время в институте в области микологии наиболее подробно изучен патогенез микроскопии и трихофитии, вызванный крас-

ным трихофитоном. Выявлено нарушение баланса витаминов В, А, Е, С, что дало возможность рекомендовать включение витаминных компонентов в схемы лечения этих больных.

Ценное научное исследование в области отечественной микологии провел ученик проф. М.П. Батунина Леонид Иванович Фандеев (1908–1966), который с 1936 по 1947 гг. работал в Горьком, прошел путь от врача-ординатора до зам. директора Горьковского научно-исследовательского кожно-венерологического института по научной работе. В 1939 г. он защитил кандидатскую диссертацию «Глютатион крови у сифилитиков и влияние его на противосифилитическое лечение». Она была издана в 1940 г. в виде монографии. В 1963 г. Л.И. Фандеев защитил докторскую диссертацию «История отечественной дерматомикологии», являющуюся единственной фундаментальной работой в области микологии в России. Ряд его работ посвящен истории развития дерматовенерологии. Л.И. Фандеев заведовал кафедрой кожных и венерических болезней Каунасского (1952–1955) и Ижевского (1956–1966) медицинских институтов. Он является автором 91 научной работы, в том числе двух монографий и учебника «Кожные и венерические болезни», выдержавшего три издания (1954, 1957, 1962), который был переведен на английский язык.

Изучением туберкулезных поражений кожи занимались многие ученики М.П. Батунина. Так, А.С. Зенин (1932) изучал распространенность туберкулезных поражений кожи в Горьковском крае и борьбу с ними. Он исследовал также состояние туберкулезной инфекции в коже. Д.А. Елкин много лет изучал особенности клиники и эффективные методы борьбы с туберкулезом кожи. Р.Ф. Федоровская (1952) выполнила кандидатскую диссертацию, посвященную лечению туберкулезной волчанки витамином Д. С.Н. Курицина (1959) исследовала функциональное состояние печени и почек у больных туберкулезной волчанкой при лечении их витамином Д2 и фтивазидом, материалы исследований явились основой ее диссертации на степень кандидата медицинских наук.

Немаловажное место в научных исследованиях М.П. Батунина занимало одно из самых распространенных заболеваний кожи, каким является псориаз. Эти исследования в последующем продолжала развивать его ученица Р.Ф. Федоровская, которые явились основой ее докторской диссертации «Материалы к клинике и патогенезу чешуйчатого лишая» (1966).

М.П. Батунин разрабатывал проблему коллагенозов в дерматологии. Большой вклад в эту проблему внесла его ученица Т.А. Главинская, которая в 1968 г. защитила докторскую диссертацию «Красная волчанка. (Некоторые клинические, эндокринологические и метаболические аспекты)». На основании проведенных исследований определены наиболее рациональные пути патогенетической терапии при этом виде коллагеноза. Т.А. Главинская заведует кафедрой кожных и венерических

болезней Горьковского медицинского института после ухода М.П. Батунина на пенсию в 1970 г.

В изучении клиники и лечения редких дерматозов необходимо отметить наблюдения М.П. Батунина и его учеников над эксфолиативным дерматитом, слоновостью, рентгеновскими язвами, дифтерией кожи (И.А. Левин), герпетиформным дерматитом Дюринга (Б.М. Иоссель), болезнью Бовена (А.С. Зенин), пойкилодермией (М.З. Каган), болезнью Дарье (Д.А. Елкин), псориазом (Т.А. Кислова, Г.Г. Медведев). Исследования К.А. Михайлова (1939) над розовым лишаем Жибера послужили основой его диссертации.

Ученики М.П. Батунина первыми в советской дерматовенерологии описали острую язву вульвы (Д.С. Чапин), синдром себорейной или эритематозной пузырчатки Сенир-Ашера (Н.А. Торсуев), эритропоэтическую протопорфирию (Б. Н. Кривошеев), местный амилоидоз кожи (М.П. Батунин и Д. А. Елкин).

Под руководством М.П. Батунина его ученики занимались также исследованием общих вопросов патофизиологии и биохимии кожного покрова, реактивности и аллергии кожи, ролью кожи в иммуногенезе, проблемой аллергических заболеваний кожи, биохимического действия продуктов распада на организм животных, влияние продуктов гидролиза кожи и соединительной ткани на распределение коллоидных красок в организме.

Интересные наблюдения проводились при лечении некоторых заболеваний кожи новокаиновой блокадой, гемотрансфузий , методом тканевой терапии при вульгарной и красной волчанке, лечением больных пузырчаткой, кожного лейшманиоза, сибирской язвы и других заболеваний кожи.

Большое внимание М.П. Батунин уделял гистологическим исследованиям кожи при различных дерматозах. Гистологическими исследованиями кожи занимались А.С. Зенин, Н.А. Торсуев, К.А. Михайлов, Л.И. Фандеев, Б.Н. Рапопорт и др. В частности, Б.Н. Кривошеев изучал их при порфириновой болезни. Н.К. Никулин в течение ряда лет проводил гистологические исследования, наблюдая за митотической активностью кожи при псориазе. Исследования по гистохимии аскорбиновой кислоты при некоторых дерматозах вошли в кандидатскую диссертацию Б.П. Рапопорта. Часть выполненных лабораторией гистологических и гистохимических исследований липоидного обмена, мукополисахаридов, аскорбиновой кислоты у больных красной волчанкой и псориазом вошли в докторскую диссертацию Т.А. Главинской и Р.Ф. Федоровской. Многие исследования в области гистопатологии кожи являются актуальными до настоящего времени, например, докторская диссертация Н.А. Торсуева. Она была издана в виде монографии. Необходимо отметить, что профессор Николай Александрович Торсуев (1902–1978) является одним из выдающихся советских ученых в области дерматове-

нерологии, внесший огромный вклад в развитие лечения кожных и венерических болезней в нашей стране, в организацию борьбы с заразными кожными заболеваниями (лепра) и венерическими. Проф. Н.А. Торсуев за время своей жизни и деятельности создал школу советской дерматовенерологии, о работе которой будет изложено в другом разделе.

В течение многих лет под руководством М.П. Батунина сотрудники кафедры и Горьковского кожно-венерологического научно-исследовательского института изучали особенности витаминного баланса в коже при некоторых дерматозах. В 1933 г. было изучено около 70 случаев пеллагры, результаты которых вошли в сборник «Пеллагра» (1934), в котором освещены вопросы этиологии и патогенеза, клиники, лечения и профилактики этого заболевания. Этой проблеме был посвящен сборник научных работ «Витамины в дерматологии и венерологии» (1950), изданный под руководством и редакцией М.П. Батунина. Во вступительной статье «Витамины в патогенетической терапии кожных и венерических болезней» М.П. Батунин указал на значение витаминов в патогенезе некоторых кожных и венерических заболеваний. Научные исследования в этом направлении проводили И.И. Матусис, Т.А. Главинская, В.С. Сахарова, А.Н. Отрокова, Т.Ю. Раймонд и др., результаты которых опубликованы в ряде научных статей и кандидатских диссертаций. В работах учеников М.П. Батунина нашли отражение некоторые вопросы применения витаминов в дерматовенерологии. В частности установлено, что при применении поливитаминов в качестве неспецифического лечения на фоне комбинированного лечения больных сифилисом наблюдаются лучшая его переносимость, уменьшение числа осложнений после специфического лечения. Новым научным направлением явилось исследование С.Б. Грубе (1969), посвященное взаимоотношениям жирорастворимых витаминов К, Е, А. Необходимо также отметить, что проблема применения витаминов в дерматовенерологии получила дальнейшее развитие в Центральном кожно-венерологическом институте под руководством проф. Н.С. Смелова (1969). Опубликованная им монография в соавторстве с Л.Д. Тищенко содержит достижения в области клинической витаминологии, освещает некоторые механизмы их фармакодинамического действия с использованием собственных клинических наблюдений и лабораторных исследований.

В последние годы под руководством М.П. Батунина получило дальнейшее развитие исследование витаминов для нормальной и пораженной кожи, а также по применению витаминов в дерматологии. Обнаружен ряд биохимических изменений в коже, наступающих как под влиянием витаминной недостаточности, так и в результате введения в организм больших доз витаминов.

Ученица М.П. Батунина Н.А. Добротина занималась изучением белков сыворотки крови при ряде дерматозов, что явилось основой ее кандидатской диссертации. Заведуя биохимической лабораторией, Н.А. Доб-

ротина возглавила новое направление — изучение белковой патохимии в дерматологии. Эти исследования послужили основой ее докторской диссертации, посвященной протеиновой системе сыворотки крови. Для последующих исследований в этом направлении был разработан комплексный план «Изучение патоиммунных и адапционно-компенсаторных реакций у больных хроническими дерматозами как основа патогенетической терапии».

Под руководством М.П. Батунина изучались также некоторые проблемы экспериментальной дерматовенерологии. Необходимо отметить, что научная школа М.П. Батунина во всех своих исследованиях придерживалась традиций русской дерматологии о взаимосвязи болезней кожи и внутренних органов и продолжала развивать учение функционального направления в дерматовенерологии на основе учения академика И.П. Павлова, которое начала развивать в нашей стране известный советский дерматолог академик О.Н. Подвысоцкая. Подтверждением этого является выполненная кандидатская диссертация Г.М. Покаева «О взаимоотношениях кожи и внутренних органов» (1955) под руководством М.П. Батунина.

Горьковский институт дерматовенерологии проводил исследования с помощью радиоактивных изотопов, изучая проницаемость кожи для различных лекарственных веществ, гематоэнцефалического барьера. Изотопы применялись также для изучения функционального нарушения состояния щитовидной железы и почек.

В годы Великой Отечественной войны М.П. Батунин был председателем комиссии по изучению и снижению заболеваемости на заводах оборонной промышленности и добился резкого снижения временной нетрудоспособности рабочих.

В 1943 г. под редакцией М.П. Батунина был выпущен «Справочник по борьбе с венерическими и заразными кожными болезнями», сыгравший большое научно-практическое значение и ставший настольной книгой каждого медицинского работника. М.П. Батунин изучал вопросы организации и единого централизованного учета и статистики венерических и заразных кожных болезней.

Д.А. Елкин, З.А. Лесина и Н.В. Красовская (1939) изучали частоту обнаружения возбудителя при твердом, мягком и смешанном шанкре. Л.И. Розенберг (1940) под руководством М.П. Батунина исследовал динамику венерических болезней в г. Горьком, что явилось основой его кандидатской диссертации. М.З. Каган и Л.И. Розенберг рассматривали характеристику заразных форм сифилиса по данным отделения сифилидологии Горьковского венерологического института за 1945 г. В 1954 г. практический врач Г.А. Берлин выполнил кандидатскую диссертацию «К истории борьбы за ликвидацию заболеваний сифилисом в Горьковской области (1864—1950)». Н.Н. Чумаков под руководством М.П. Батунина выполнил кандидатскую диссертацию, посвященную заразитель-

ности скрытого сифилиса. Течение сифилиса в послевоенные годы изучал И.П. Масеткин (1948). Вопросы клиники сифилиса изучали также Т.А. Главинская, Н.Н. Колебошина, Д.Н. Ремизов, Л.И. Фандеев и другие ученики М.П. Батунина, которые под его руководством выполнили кандидатские диссертации, посвященные этому вопросу и способствовали таким образом развитию отечественной сифилидологии.

Большое число научных исследований было посвящено переносимости и оценке терапевтического действия советских противосифилитических препаратов. Заслуживают внимания исследования М.П. Батунина и его учеников при лечением больных сифилисом большими дозами бийохинола, который тогда только начал применяться для лечения сифилиса.

М.П. Батунин и его ученики изучали также осложнения после применения различных противосифилитических препаратов. Проведенные им исследования подтвердили, что советские препараты для лечения больных сифилисом не уступают, а чаще превосходят по своему терапевтическому действию зарубежные медикаменты подобного рода. Многие эти вопросы получили освещение в кандидатской диссертации Н.А. Карзанова «Побочные явления после применения при сифилисе препаратов советского сальварсана типа «214» (1941).

Вопросы лечения сифилиса изучали многие ученики М.П. Батунина, внесшие большой вклад в борьбу с венерическими болезнями в нашей стране. М.Г. Каган (1952) изучал методы применения пенициллина в терапии больных сифилисом, что явилось новым направлением в лечении сифилиса антибиотиками и послужило основой его кандидатской диссертации. Т.А. Чайкова (1954) исследовала отдаленные результаты лечения больных сифилисом хронически перемежающимся методом. С.И. Новикова (1974) доказала преимущество непрерывного метода в лечении больных заразными формами сифилиса. О.Д. Кочура (1951) и Т.Ю. Раймонд (1960) занимались поливитаминной профилактикой осложнений и побочных явлений при лечении больных сифилисом. А.А. Сыроежкина (1969) исследовала неспецифические реакции организма больных сифилисом и их клиническое значение. Д.П. Кочетов (1960) и Л.Т. Судорина (1965) исследовали функциональное состояние нервной системы, сердечно-сосудистой и эндокринной систем у больных сифилисом.

Под руководством М.П. Батунина успешно проводились исследования по клиническому значению серологических реакций при сифилисе и усовершенствованию методов его диагностики, явившиеся основанием кандидатских диссертаций Е.Н. Ремизовой (1940) и И.М. Масеткина (1953). В последующих своих исследованиях И.П. Масеткин разработал методику фотометрической реакции для серодиагностики сифилиса, нашедшую свое применение в работе кафедр кожных и венерических болезней Горьковского и Пермского медицинских институтов и

вошедшую в его монографию «Серодиагностика сифилиса» (1977). В 1956 г. сотрудница серологической лаборатории В.Е. Павловская под руководством М.П. Батунина проводила исследования по усовершенствованию и внедрению в практику реакции иммобилизации бледных трипонем в модификации Н.М. Овчинникова с применением антигенов из сифилитических замороженных орхитов кроликов, результаты которой были оформлены в ее кандидатскую диссертацию. В последующие годы под руководством В.Е. Павловской продолжались исследования по совершенствованию современных серологических методов диагностики сифилиса и разработки рационального комплекса серологических реакций для обследования соматических больных. Большое внимание уделялось разработке экспресс-методов диагностики сифилиса.

Заведуя кафедрой кожных и венерических болезней, М.П. Батунин с 1931 по 1933 гг. одновременно заведовал и урологическим отделением кожно-венерологического института. За время его руководства отделением и кафедрой изучались вопросы анатомии и физиологии мочеполовой системы, методы диагностики, терапии и профилактики гонореи, трихомониаза и негонококковых поражений органов мочеполовой системы.

В 1939 г. М.П. Батунин защитил докторскую диссертацию «Лимфатическая система и кровеносные сосуды предстательной железы человека», которая не потеряла своей актуальности до настоящего времени в вопросе клиники, диагностики и лечения заболеваний органов мочеполовой системы. Его ученик Б.Н. Метальников (1902–1966) в 1940 г. защитил кандидатскую диссертацию, посвященную значению лакун Морганьи при затяжных формах гонорейных уретритов у мужчин. Продолжая научные исследования в этом направлении, ученица М.П. Батунина Т.А. Кислова (1945) исследовала отводящие лимфатические сосуды уретры у женщин и отметила их значение в клиническом течении гонореи у женщин. Л.Д. Кунцевич (1968) рассмотрела эпидемиологию заболеваемости гонореей девочек в г. Горьком и Горьковской области за 1961–1967 гг. и разработала новые методы лечения гонореи. В дальнейшем эти исследования Л.Д. Кунцевич послужили основой ее кандидатской диссертации «Гонорея девочек. Некоторые вопросы эпидемиологии, клиники и исход лечения» (1971).

Одной из главных задач научной работы отделения было совершенствование терапии, апробация новых антибиотиков и других лечебных препаратов и изучение результатов проведенного лечения. Так, Б.П. Метальников с соавторами (1940) один из первых применил стрептоцид для лечения гонореи. Г.А. Бойкова (1943) применила сульфазол для лечения острой гонореи у мужчин. Ф.Ф. Фролов с этой же целью применил сульфатиазол. А.В. Частикова (1948) предложила пенициллин в терапии неосложненной гонореи у женщин. Проведенные ими

научные исследования послужили основой их кандидатских и докторских диссертаций. В 1953 г. Б.П. Метальников с соавторами для лечения острой гонореи у мужчин использовал пенициллин в аутокрови. Т.А. Кислова (1960) с соавторами использовала препараты антибиотиков при внутреннем применении в лечении острой гонореи у мужчин. Л.Д. Кунцевич (1968) применила эритромицин и олеандомицин в терапии свежей гонореи у женщин. С.Л. Темянко (1952) предложил дюрантные препараты пенициллина в лечении острой неосложненной гонореи у мужчин. З.Д. Старостина (1953) провела сравнительную характеристику результатов лечения гонореи у женщин различными медикаментами. За последние годы сотрудниками института отмечено понижение чувствительности многих штаммов гонококка к различным антибиотикам. Установлено, что параллельное изучение чувствительности гонококка у партнеров помогает подойти к назначению этиотропного лечения.

А.В. Частикова (1966) изучала клинику и отдаленные результаты восходящей гонореи у женщин, что явилось основой ее докторской диссертации. Было выявлено наличие диспротеинемий С-реактивного белка и нарушения в соотношении фракций эстрогенов. Н.П. Шамшин (1974) провел подобные исследования при лечении гонореи у мужчин. Р.Д. Овсянникова выполнила кандидатскую диссертацию «Гонорея и беременность» (1975). П.А. Карзанов (1954) изучил клинику гонорейного артрита и разработал новые методы его лечения.

Всего под руководством М.П. Батунина было выполнено 11 кандидатских диссертаций по гонорее. В последние годы предметом исследования учеников М.П. Батунина в этой области явились особенности клинического течения гонореи, клиника и причины рецидивов заболевания, а также негонорейных заболеваний мочеполовой системы, трихомониаза, хламидий и т.д. В результате проведенной большой организационно-методической, научно-исследовательской и лечебно-профилактической работы по борьбе с заразными кожными и венерическими болезнями в Горьковской области к началу 1941 г. полностью ликвидирован мягкий шанкр, резко снижена заболеваемость сифилисом и гонореей, заразными кожными заболеваниями и особенно пиодермиями.

Большое внимание М.П. Батунин уделял подготовке кадров, воспитанию молодых ученых. С самого начала организации Горьковского научно-исследовательского института и кафедры кожных и венерических болезней Горьковского медицинского института им. С.М. Кирова в научных исследованиях принимали участие и практические врачи. С 1932 г. практические врачи начали выступать с докладами в научном обществе дерматовенерологов, на научных сессиях института. В 1947 г. на годичных научных сессиях института и кафедры с докладами выступали практические врачи из г. Горького: Г.А. Берлин, С.И. Позен,

Ф.Ф. Фролов и др., из Горьковской области: Н.Я. Абрамов, В.М. Корнов, К.В. Соколовская и др. Четырем практическим врачам (Г.А. Берлин, П.А. Карзанов, К.Т. Лаптенков, Ф.Ф. Фролов) присуждена ученая степень кандидата медицинских наук.

В 1951 г. М.П. Батунин составил методическое письмо «Значение научно-исследовательской работы в деятельности практического врача», которое было разослано практическим врачам Горьковской и прилегающих к ней областям. Ежегодно проблемной комиссией института рассматривалась тематика и рекомендовалась практическим врачам для научной работы. Был установлен контроль за работой практических врачей, взявших темы для научной разработки, путем переписки с ними и вызова их на заседания проблемной комиссии с учетом проделанной ими работы. В 1959 г. издан сборник работ практических работ г. Горького и Горьковской области под редакцией М.П. Батунина, в который включено 14 работ практических врачей, посвященных экземе, микологии, пиодермиям, результатам серологических исследований соматических больных, лечению больных заразными формами сифилиса и порядку снятия их с учета, осложнениям при лечении мужчин, больных гонореей.

Большую роль в повышении квалификации врачей имеют традиционные «вторники», по которым еженедельно проводятся клинические консультативные приемы амбулаторных больных, организованные и регулярно проводившиеся сначала проф. М.П. Батуниным, а с 1970 г. и по настоящее время его ученицей — проф. Т.А. Главинской. Всего за годы существования Горьковского НИКВИ и кафедры кожных и венерических болезней ГГМИ им. С.М. Кирова подготовлено 8 докторов и 69 кандидатов наук, из них под непосредственным руководством проф. М.П. Батунина подготовлено 5 докторов и 39 кандидатов медицинских наук. 10 учеников этой научной школы советской дерматологии и венерологии возглавляют или возглавляли кафедры в вузах страны и за рубежом, в том числе кафедры медицинских институтов в г. Горьком, Ижевске, Донецке, Новосибирске, Перми, Волгограде, Ярославле, Софии, Улан-Баторе, в Горьковском государственном университете. Два доктора медицинских наук стали сотрудниками Центрального научно-исследовательского кожно-венерологического института МЗ СССР.

М.П. Батунин был организатором выпуска сборника под названием «Научные записки Горьковского НИКВИ и кафедры кожных и венерических болезней им. С.М. Кирова». Проф. М.П. Батунин был ответственным редактором 27 таких сборников, соредактором Большой и Малой медицинских энциклопедий по разделу «Дерматология и венерология».

В 1931 г. М.П. Батунин организовал Горьковское научное общество венерологов и дерматологов, Горьковское научное общество врачей, председателем которого он был до 1971 г. и почетным членом редакционно-

го совета журнала «Вестник дерматологии и венерологии», Горьковского, Казанского, Костромского, Мордовского, Марийского, Чувашского, Башкирского и Черновицкого научных обществ дерматовенерологов. М.П.Батунин участвовал в ряде зарубежных симпозиумов и конференций в Чехословакии, Болгарии, Румынии и др. стран. В 1958 г. ему присвоено звание «Заслуженный деятель науки». Проф. М.П. Батунин создал одну из крупнейших школ советской дерматовенерологии, которая проделала огромную научную и организаторскую работу в борьбе с заразными кожными и венерическими болезнями в г. Горьком, Горьковской области и других прилегающих к ней областях и АССР, подготовке научных кадров, внесших вклад в развитие советской дерматовенерологии, ученые которой продолжают научные традиции своего учителя, работая в различных лечебных, учебных и научно-исследовательских медицинских учреждениях страны.

Представители Нижегородской дерматовенерологической школы: А.И. Абрамович, В.Н. Андрианова, Г.А. Берлин, Г.А. Бойкова, В.Ф. Большакова, Р.П. Борщевская, И.В. Виноградова, Т.А. Главинская, В.Г. Грачев, С.Б. Грубе, Н.А. Добротина, Д.А. Елкин, Т.К. Ефимочкина, П.М. Залкан, А.С. Зенин, М.З. Каган, П.А. Карзанов, Т.А. Кислова, Г.И. Клевцова, Н.Н. Колебошина, Д.П. Кочетов, О.Д. Кочура, В.Ф. Комарова, С.Л. Криваткин, В.Н. Кривошеее, Л.Д. Кунцевич, С.Н. Курицина, Г.Ю. Курников, К.Т. Лаптенков, И.А. Левин, И.П. Масеткин, И.И. Матусис, Л.И. Матусис, Б.П. Метальников, К.А. Михайлов, Г.Ф. Михеева, И.В. Моисеева, Т.К. Нефедьева, Н.К. Никулин, А.И. Новиков, С.И. Новикова, Н.Н. Носырева, Р.Д. Овсянова, А.Н. Отроков, Л.Т. Павлова, З.А. Песина, Г.А. Петрова, Г.А. Постникова, Г.М. Покаев, С.И. Позен, Т.Ю. Раймонд, Б.Н. Рапопорт, А.В. Резайкина, Д.Н. Ремизов, Е.Н. Ремизова, Л.И. Розенберг, В.С. Сахарова, З.Д. Старостина, Г.С. Стругацкая, А.В. Смирнов, А.А. Сыроежкина, Л.Т. Судонина, С.Л. Темянко, Н.А. Торсуев, Л.И. Фандеев, Р.Ф. Федоровская, Н.В. Фриго, Ф.Ф. Фролов, В.Ю. Хижин, Л.Н. Химкина, Т.А. Чайкова, А.В. Частикова, Н.Н. Чумаков, Н.П. Шамшин, И.Г. Шахверди, А.Н. Шутов.

Литература

1. АНДРИАНОВА В.Н., КУРИЦИНА С.Н., СКРЯБИНА З.Л., ТЕМЯНКО С.Л. Инвалидность по кожным заболеваниям и ее динамика в г. Горьком и Горьковской области. В кн.: Научные записки Горьковского научно-исследовательского института дерматологии и венерологии МЗ РСФСР и кафедры кожных и венерических болезней ГГМИ им. С.М. Кирова. Вып. 29, Горький, 1970, с. 14–19.

2. АНДРИАНОВА В.Н. Организация борьбы с гнойничковой заболеваемостью кожи и временной нетрудоспособностью при ней среди рабочих различных видов промышленности Горьковской области. В кн.: Научные записки Горьковского научно-исследовательского института дерматологии и венероло-

гии МЗ РСФСР и кафедры кожно-венерических болезней ГГМИ им. С.М. Кирова. Вып. 21, Горький, 1960, с. 20–33.

3. БАТУНИН М.П., ГЛАВИНСКАЯ Т.А. Опыт применения малых доз Р32-облучения при некоторых дерматозах. В кн.: Научные записки Горьковского научно-исследовательского института дерматологии и венерологии МЗ РСФСР кожно-венерических болезней ГГМИ им. С.М. Кирова. Вып. 21, Горький, 1960, с. 242–250.

4. БАТУНИН М.П., ГЛАВИНСКАЯ Т.А., МАТУСИС И.И. О дальнейшей работе по перестройке деятельности дерматовенерологических учреждений на основе учения акад. И.П. Павлова. Вестник венерологии и дерматологии. 1952, №6, с. 7–12.

5. БАТУНИН М.П. Витамины в патогенетической терапии кожных и венерических болезней. В кн.: Научные записки Горьковского института дерматологии и венерологии и кафедры кожно-венерических болезней ГГМИ им. С.М. Кирова. Вып. 14, Горький, 1950, с. 3–7.

6. БАТУНИН М.П., МАТУСИС И.И., ГЛАВИНСКАЯ Т.А., ЛЕСИНА З.А., БОЛЬШАКОВА В.Ф., ФЕДОРОВСКАЯ Р.Ф., РАПОПОРТ Б.Н., РУССОНИК С.И. О применении в дерматологии моноэтилового эфира этиленгликоля. Вестник венерологии и дерматологии. 1954, №3, с. 11–15.

7. БАТУНИН М.П. Лимфатическая система и кровеносные сосуды предстательной железы человека. Докт. дисс., Горький, 1939.

8. БАТУНИН М.П., ЗЕНИН А.С. Профессиональные болезни кожи. Горький, 1933.

9. БАТУНИН М.П., ТОРСУЕВ Н.А. Изменение кожи и слизистых оболочек от хромовых соединений. В кн.: Пути изучения клиники, лечения и профилактики профессиональных поражений кожи в Горьковском крае. Под ред. проф. М.П. Батунина. Сборник первый. Горький, 1933, с. 21–32.

10. БАТУНИН М.П., ГЕЛЬТЦЕР Р.Р., КОЛОКОЛОВ М.П. К вопросу о вакцинотерапии сифилиса. Нижегородский медицинский журнал. 1932, №2, с. 32–37.

11. БАТУНИН М.П. Значение гонореи в ряду инфекционных болезней. Казанский медицинский журнал. 1931, №92, с. 200–204.

12. БАТУНИН М.П. Эпиляция таллием при грибковых заболеваниях головы. Вестник современной медицины. 1928, №9, с. 600–601.

13. БАТУНИН М.П. Раствор Люголя при лечении трихофотии. Казанский медицинский журнал. 1925, №10, с. 1083–1089.

14. БАТУНИН М.П. О терапевтическом действии русских препаратов новарсенола и зильберноварсенола при сифилисе. Казанский медицинский журнал. 1925, №7, с. 860–865.

15. БАТУНИН М.П., РОТШТЕЙН П.Ю. Сравнительная оценка лечения осложнений гонореи аутогемотерапией и лактотерапией. Казанский медицинский журнал. 1925, №11, с. 1197–1202.

16. БЕРЛИН Г.А. К истории борьбы по ликвидации заболеваний сифилисом в Горьковской области (1864–1950). Дисс.канд., Горький, 1952.

17. БОЙКОВА Л.Г. Сульфазол в терапии неосложненной острой гонореи мужчин. Дисс. канд., Горький, 1943.

18. БОЛЬШАКОВА В.Ф., ВИНОГРАДОВА И.В. Последствия рентгеноэпиляции при глубокой трихофитии. В кн.: Научные записки Горьковского научно-исследовательского института дерматологии и венерологии МЗ РСФСР и кафедры кожных и венерических болезней ГГМИ им. С.М. Кирова. Вып. 24, Горький, 1964, с. 167–172.

19. ВИНОГРАДОВА И.В., ЗАЙЦЕВА Е.Я., ПАВЛОВСКАЯ В.Е. Отечественный гризеофульвин в лечении больных дерматомикозами. В кн.: Научные записки Горьковского научно-исследовательского института дерматологии и венерологии МЗ РСФСР и кафедры кожных и венерических болезней ГГМИ им. С.М. Кирова. Вып. 24, Горький, 1964, с. 131–137.

20. ГЛАВИНСКАЯ Т.А. Научно-исследовательский кожно-венерический институт (Культурное строительство Горьковской области 1917–1957). Сборник статей под ред. С.А. Орлова. Горький, 1957, с. 102–108.

21. ГЛАВИНСКАЯ Т.А. Материалы к вопросу о состоянии печени при сифилисе и влияние на него противосифилитического лечения. Дисс. канд., Горький, 1951.

22. ГЛАВИНСКАЯ Т.А., РОЗЕНБЕРГ Л.И. Опыт организации борьбы с гнойничковыми заболеваниями кожи в Горьковской области и в г. Горьком. В кн.: О патогенезеи терапии экзем и пиодермий. М., 1955, с. 213–219.

23. ГРУБЕ С.Б. Витамин А и аминокислотный состав тотальных белков кожи и печени. Автореф. дисс. канд., Горький, 1969.

24. ДОБРОТИНА Н.А. Протеиновая система сыворотки крови, ее значение в оценке патогенеза дерматозов и реактивности организма. Автореф.дисс.докт., М., 1974, с. 36.

25. ЕЛКИН Д.А. Применение пенициллина при язвенных формах кожного туберкулеза. В кн.: Научные записки Горьковского института дерматологии и венерологии и кафедры кожно-венерических болезней ГГМИ им. С.М. Кирова. Вып. 12, Горький, 1948, с. 106–111.

26. ЕЛКИН Д.А., ПЕСИНА З.А., КРАСОВСКАЯ Н.В. К вопросу о частоте обнаружения возбудителей при твердом, мягком и смещанном шанкрах. В кн.: Труды Горьковского института дерматологии и венерологии и кафедры кожно-венерических болезней ГГМИ. Сб. №5, Горький, 1939, с. 266–276.

27. ЕЛКИН Д.А. Грибковые заболевания кожи в Горьковском крае по данным централизованного статучета за 1934 и 1935 гг. В кн.: Труды Горьковского иститута дерматологии и венерологии и кафедры кожно-венерических болезней ГГМИ. Сб. №5, Горький, 1939, с. 156–163.

28. ЗЕНИН А.С. Туберкулезная инфекция в коже. Советский вестник венерологии и дерматологии. 1932, №3, с. 18–23.

29. ИЛЬИН В.И. Сравнительная оценка некоторых методов лечения эпидермофитии стоп. Советская медицина, 1964, №6, с. 67–73.

30. КАГАН М.З. Пенициллин в терапии больных сифилисом. Дисс. канд., Горький, 1952.

31. КАГАН М.З., РОЗЕНБЕРГ Л.И. Характеристика заразных форм сифилиса по данным сифилитического отделения Горьковского венерологического института за 1945 г. В кн.: Научные записки Горьковского института дерматологии и венерологии и кафедры кожно-венерических болезней ГГМИ им.Кирова. Вып. 12, Горький, 1948, с. 36–41.

32. КАГАН М.З. Сравнителная оценка аутогемовакцино- и фильтратотерапии при фурункулезе, фурункулах и гидраденитах. В кн.: Научные записки Горьковского института дерматологии и венерологии и кафедры кожно-венерических болезней ГГМИ. Сб. №7, Горький, 1940, с. 111–134.

33. КАРЗАНОВ П.А. Гонорейный артрит. Этиопатогенез, клиника, терапия. Дисс. докт., Горький, 1954.

34. КАРЗАНОВ П.А. Побочные явления после применения при сифилисе препаратов советского сальварсана типа «914». Дисс. канд., Горький, 1941.

35. КАРЗАНОВ П.А. К вопросу о пиодермитах, связанной с ними потере трудоспособности и эффективности их терапии (по материалам диспансера КВД). В кн.: Труды Горьковского института дерматологии и венерологии и кафедры кожно-венерических болезней ГГМИ. Сб. №5, Горький, 1939, с. 94–106.

36. КИСЛОВА Т.А., МЕТАЛЬНИКОВ Б.П., ТЕМЯНКО С.Л. Лекарственные препараты антибиотиков при внутреннем применении в терапии острой гонореи у мужчин. В кн.: Научные записки Горьковского научно-исследовательского института дерматологии и венерологии МЗ РСФСР и кафедры кожно-венерических болезней ГГМИ им. С.М. Кирова. Вып. 21, Горький, 1960, с. 446–449.

37. КИСЛОВА Т.А. Отводящие лимфатические сосуды женского мочеиспускательного канала. Канд. дисс., Горький, 1943.

38. КОЛЕБОШИНА Н.Н. Холестерин крови у больных сифилисом и влияние на него противосифилитического лечения. Канд. дисс., Горький, 1943.

39. КОЧЕТОВ Д.П. О функциональном состоянии сердечнососудистой системы у больных сифилисом. Канд. дисс., Горький, 1960.

40. КОЧУРА О.Д., АНДРИАНОВА В.Н., КУРИЦИНА С.Н. Дерматовенерологическая служба в Горьковской области в связи с реорганизацией здравоохранения. Вестник дерматологии и венерологии, 1964, №10, с. 73–75.

41. КОЧУРА О.Д. Поливитаминная профилактика осложнений и побочных явлений при лечении больных сифилисом. Канд. дисс., Горький, 1959.

42. КРИВОШЕЕВ Б.Н. Изменения типа склеродермии при поздней кожной порфирии. В кн.: Научные записки Горьковского научно-исследовательского института дерматологии и венерологии МЗ РСФСР и кафедры кожных и венерических болезней ГГМИ им. С.М. Кирова. Вып. 25, Горький, 1966, с. 167–174.

43. КУНЦЕВИЧ Л.Д. Эпидемиологическая характеристика заболеваемости гонореей девочек в г. Горьком и Горьковской области за последние 7 лет (1961–1967). Республиканская научно-практическая конференция дерматовенерологов. Чебоксары, 1968, с. 9–10.

44. КУНЦЕВИЧ Л.Д. Эритромицин и олеандомицин в терапии свежей гонореи у женщин. Вестник дерматологии и венерологии, 1968, №7, с. 84–86.

45. КУНЦЕВИЧ Л.Д. Гонорея девочек. (Некоторые вопросы эпидемиологии, клиники и методов лечения). Канд. дисс., М., 1971.

46. КУРИЦИНА С.Н. Функциональное состояние печени и почек у больных туберкулезной волчанкой и влияние на него лечения витамином Д2 и фтивазидом. Канд. дисс., Горький, 1959.

47. ЛЕВИН И.А. Лечение мягкого шанкра белым стрептоцидом. В кн.: Научные записки Горьковского института дерматологии и венерологии и кафедры кожно-венерических болезней ГГМИ им. С.М. Кирова. Вып. 11, Горький, 1947, с. 84–91.

48. МАСЕТКИН И.П. Модификация реакции Борде-Вассермана применительно к условиям Крайнего Севера. Канд. дисс., Горький, 1953.

49. МАТУСИС Л.И. Некоторые биохимические изменения в коже, скелетной мускулатуре и крови при К-витаминной недостаточности и влияние на них токоферола. Автореф. канд. дисс., М., 1972, с. 21.

50. МЕТАЛЬНИКОВ Б.П., КИСЛОВА Т.А., БАТЦ В.А. Пенициллин в аутокрови при лечении острой гонореи у мужчин. В кн.: Научные записки Горьковского института дерматологии и венерологии и кафедры кожно-венерических болезней ГГМИ им. С.М. Кирова. Вып. 15, Горький, 1953, с. 241–247.

51. МЕТАЛЬНИКОВ Б.П. Значение лакун Морганьи при затяжных формах гонореи уретры у мужчин. Канд. дисс., Горький, 1940.

52. МЕТАЛЬНИКОВ Б.П. К этиологии кокковых сикозов и их лечение интракутанными инъекциями аутовакцин. Русский вестник дерматологии. 1930, №4, с. 383–391.

53. МИХАЙЛОВ К.А. К этиопатогенезу розового лишая Жибера. Канд. дисс, Горький, 1939.

54. НОВИКОВА С.И. Непрерывный метод в терапии больных заразными формами сифилиса. Канд. дисс, М., 1974.

55. НИКУЛИН Н.К. Митотическая активность эпидермиса у больных псориазом. Канд. дисс., Горький, 1967.

56. ОТРОКОВ А.Н. Лечебное применение витаминов В1, В2 и РР у больных зудящими дерматозами в пожилом и старческом возрасте. Автореф. канд. дисс., М., 1974, с. 18.

57. ОВЧИННИКОВА Р.Д. Гонорея и беременность. (Особенности клиники, диагностики, реактивности организма и лечения). Автореф. канд. дисс., М., 1975, с. 22.

58. ПАВЛОВСКАЯ В.Е. Реакция иммобилизации бледных трепонем в модификации Овчинникова с применением антигенов из сифилитических замороженных орхитов кроликов. Канд. дисс., Горький, 1968.

59. ПЕСИНА З.А. Характеристика грибковой флоры в Горьковской области по материалам лаборатории Облвенинститута. Канд. дисс., Горький, 1940.

60. ПОКАЕВ Г.М. О взаимоотношениях кожи и внутренних органов. Автореф. канд. дисс., Горький, с. 12.

61. РАЙМОНД Т.Ю. О витаминах С и В1 в спинномозговой жидкости больных сифилисом и влиянии на их содержание противосифилитического лечения. Канд. дисс., Горький, 1960.

62. РЕМИЗОВ Д.Н. Белковый спектр сыворотки крови у больных сифилисом и влияние на него современных методов лечения. Канд. дисс., Горький, 1964.

63. РЕМИЗОВА Е.Н. Серологические реакции при сифилисе. Канд. дисс., Горький, 1940.

64. РОЗЕНБЕРГ Л.И. Динамика венерических болезней в г. Горьком. Канд. дисс., Горький, 1940.

65. РАПОПОРТ Б.Н. Гистохимическая характеристика распределения аскорбиновой кислоты в коже при некоторых дерматозах. Канд. дисс, Горький, 1962.

66. САХАРОВА В.С. О биохимических превращениях дегидро-аскорбиновой кислоты в коже. Канд. дисс., Горький, 1956.

67. СТАРОСТИНА З.Д. Сравнительная оценка эффективности некоторых дюрантных препаратов пенициллина в лечении гонореи женщин. Канд. дисс., Горький, 1953.

68. СМЕЛОВ Н.С., ТИЩЕНКО Л.Д. Витамины в дерматологии. М., 1969.

69. СУДОРИНА Л.Т. Материалы о функциональном состоянии нервной системы и некоторых эндокринных желез у больных сифилисом. Канд. дисс., Горький, 1965.

70. СЫРОЕЖКИНА А.А. О некоторых показателях неспецифической реактивности организма больных сифилисом и их клиническом значении. Канд. дисс., М., 1969.

71. ТЕМЯНКО С.Л. Дюрантные препараты пенициллина в терапии острой неосложиенной гонореи. Канд. дисс., Горький, 1952.

72. ТОРСУЕВ Н.А. Профессиональные заболевания кожи от смазочных масел. Канд. дисс., Горький, 1934.
73. ТОРСУЕВ Н.А. Сифилис и переливание крови. В кн.: Труды Горьковского краевого института дерматологии и венерологии и кафедры ГГМИ. Горький, 1934, с. 156–163.
74. ФАНДЕЕВ Л.И. Иммунологические методы лечения пиодермии. В кн.: Научные записки Горьковского института дерматологии и венерологии и кафедры кожно-венерических болезней ГГМИ. Сб. №7, Горький, с. 94–110.
75. ФАНДЕЕВ Л.И. Глютатион крови у больных сифилисом и влияние на него противосифилитического лечения. Канд. дисс., Горький, 1939.
76. ФЕДОРОВСКАЯ Р.Ф. Лечение витамином Д2 туберкулезной волчанки. Канд. дисс., Горький, 1952.
77. ФРОЛОВ Ф.Ф. Сульфатизол в терапии неосложненной острой гонореи у мужчин. Канд. дисс., Горький, 1945.
78. ХИЖИН В.Ю. Спектрофотометрический метод исследования вторичной люминесценции в микробиологии. Канд. дисс., Пермь, 1970.
79. ЧАСТИКОВА А.В. Клиника и отдаленные результаты лечения восходящей гонореи женщин на современном этапе. Канд. дисс., Горький, 1966.
80. ЧАСТИКОВА А.В. Пенициллин в терапии неосложненной острой гонореи у мужчин. Канд. дисс., Горький, 1948.
81. ЧАЙКОВА Т.А. Отдаленные результаты лечения больных сифилисом хронически перемежающимся методом. Канд. дисс., Горький, 1953.
82. ЧУМАКОВ Н.Н. О заразительности латентного сифилиса. Канд. дисс., Горький, 1937.
83. ШАМШИН Н.П. Ближайшие и отдаленные результаты терапии гонореи мужчин в сопоставлении с некоторыми показателями реактивности организма и чувствительности гонококков к пенициллину. Автореф. канд. дисс., М., 1974, с. 20.

12.5. НАУЧНАЯ ШКОЛА ПРОФ. П.В. КОЖЕВНИКОВА

Советский дерматовенеролог проф. Петр Васильевич Кожевников (1898–1969) — выдающийся ученый, педагог и клиницист, создал свою школу советской дерматовенерологии.

Родился П.В. Кожевников в 1898 г. в Ростове-на-Дону. В 1922 г. окончил медицинский факультет Северо-Кавказского университета и был оставлен на кафедре кожных и венерологических болезней этого же университета.

Первый этап (1922–1932) связан с работой П.В. Кожевникова в качестве ординатора, ассистента и приват-доцента под руководством крупнейшего ученого-дерматовенеролога проф. П.В. Никольского.

П.В. Кожевников являлся лучшим из его учеников. Основным направлением работы кафедры и клиники за 1923–1929 гг. являлось обучение студентов с одновременным проведением научной работы и всесторонним лечением больных. В клинике работал гистологический кабинет, возглавляемый П.В. Кожевниковым и его помощницей В.А. Добротворской.

Проф. П.В. Никольский был богат мыслями и идеями, щедро дарил их своим ученикам. Так, наблюдаемые им в 1906 г. два случая гангрены после инъекций ртути позволили ему предположить, что причиной этого послужило попадание ртути в артерию. В дальнейшем это предположение было проверено П.В. Кожевниковым и стало темой его докторской диссертации «О механизме развития глубокой гангрены после впрыскивания ртутных и висмутовых препаратов» (1926), которая подтвердила идею учителя. Позднее к аналогичным выводам пришли и некоторые зарубежные ученые-дерматовенерологи: Николау в Румынии, Фрейденталь в Германии, Бартелелли во Франции.

П.В. Никольский много внимания уделял вопросам физиологии кожи. Известна его работа по дермографизму, изучению потоотделения, салоотделения, терморегуляции, мышечно-волоскового рефлекса. П.В. Никольский придавал большое значение высшей нервной деятельности, ставя в зависимость от «душевных переживаний» большие нарушения в «кровоснабжении и трофике кожи».

Он продолжал развивать идеи нервизма и внес в эту проблему ряд новых положений и выводов.

Проблему нервизма в дерматологии разрабатывали многие ученики проф. П.В. Кожевникова, что послужило основой более чем для 20 диссертаций. Некоторые итоги в этом направлении были подведены в работе «Идеи нервизма и их роль в развитии советской дерматологии» (1967) и др.

Большое внимание П.В. Кожевников уделял взаимоотношениям организма и внешней среды. Одним из оригинальных направлений его работы в этой области явилось учение о влиянии климата и сезона на частоту, распространенность и течение ряда кожных заболеваний. По результатам этих исследований осуществлена расширенная диспансеризация больных некоторыми дерматозами (псориаз, красная волчанка, фотодерматозы, микозы и др.).

Физиологическое направление в отечественной дерматологии обогатилось также работами О.Н. Подвысоцкой, С.К. Розенталя, Р.Я. Малыкина и других ученых, вокруг которых формировались энтузиасты функционального исследования кожи.



Рис.41. **П.В. Кожевников (1898–1969)**

Разработкой функционального направления в дерматологии занимались также Н.Л. Россиянский, П.М. Залкан, С.Е. Горбовицкий, А.В. Логинов, Е.А. Досычев, И.И. Потоцкий, А.А. Бабкова и др. Следует отметить, что в развитии учения о нервизме в дерматологии активное участие принимали физиологи И.П. Павлов, К.М. Быков, И.Т. Курцин, А.А. Рогов, П.О. Макаров и др., гистологи Б.И. Лаврентьев, Б.А. Долгов-Сабуров, Н.И. Зазыбин, Т.А. Григорьева, К.К.Сергеев и др., патофизиологи А.М. Гринштейн, М.К. Лагинскйй и др., физиотерапевты, хирурги и др.

В целях развития функциональных исследований в дерматологии П.В. Кожевников (1965) предложил создать центр разработки и изучения функциональных методов исследования как во всесоюзном, так и всероссийском дерматологических обществах страны.

За рубежом тоже существовали понятия «Функциональная патология», «Функциональное направление», «Функциональные методы исследования», «Функциональные испытания кожи», но все эти вопросы рассматривались с локалистических позиций.

Таким образом, достижения советских дерматологов в изучении влияний нервной системы на кожу в норме и при патологии получили признания зарубежных ученых.

П.В. Кожевниковым в течение первых 10 лет научно-педагогической деятельности было выполнено 26 научных работ.

Второй этап (1932–1937) связан с его работой на кафедре кожных и венерических болезней Томского медицинского института. Одним из первых нововведений было широкое использование клинических демонстраций в учебных целях. Для освоения студентами техники внутривенных вливаний П.В. Кожевников предложил специальный фантом. Много внимания он уделял разработке преподавания. Им были написаны «Пособие по практическим занятиям для студентов» и «Краткая диагностика кожных болезней», которая до сих пор пользуется большой популярностью, хотя и стала библиографической редкостью. В 1933 г. П.В. Кожевников был утвержден в ученом звании профессора.

Работая в Томске, П.В. Кожевников продолжал развивать идеи функционального направления в дерматологии: впервые описал синий дерматографизм, изучал лимфатические канальцы в эпидермисе, кожный потенциал и сопротивление кожи, ломкость кровеносных сосудов при некоторых дерматозах, разрабатывал вопросы регенерации эпителия, предложил метод исследования быстроты шелушения кожи. Им написана статья «Кожа» (анатомия, гистология, физиология и общая патология) для Большой Медицинской Энциклопедии, изданной дважды в 1936 и 1961 гг. Ряд диссертационных работ учеников проф. П.В. Кожевникова за этот период также были посвящены вопросам нормальной и патологической физиологии кожи: А.Ф. Самойлов (1939) — «Капельный химический анализ на поверхности кожи»; Н.В. Добротворская (1940) — «Морфийная и адреналиновые реакции как метод изучения

реактивности кожи»; В.А. Игошин (1941) — «Сравнительная оценка методов исследования ломкости сосудистой стенки»; Л.И.Васильева — «Быстрота отшелушивания рогового слоя» (1955).

Проф П.В. Кожевников тогда же разработал проблемы заочной консультации кожных больных, изучал вопросы лечения их на курортах Западно-Сибирского края, особое внимание уделял вопросам профилактики венерических болезней в Сибири.

Третий этап развития научной школы проф. П.В. Кожевникова (1937–1948) проходил во время его заведования кафедрой кожных и венерических болезней Ашхабадского медицинского института. В конце 1937 г. он возглавил работу и Туркменского научно-исследовательского кожно-венерологического института. Под его руководством началась широкая работа по оздоровлению населения республики от заразных кожных и венерических болезней. В 1937 г. он организовал и провел первое республиканское совещание венерологов по борьбе с венерическими болезнями. В поисках эффективных методов выявления больных был предложен так называемый активно-кольцевой метод. Выявленным больным лечение проводилось на месте в условиях периферии Туркмении. В работе венерологических отрядов и экспедиций принимали участие все сотрудники кафедры и руководимого им института. Начальником этих экспедиций и отрядов была его ученица Э.Н. Черняк. Разработанный ими совместно активно-кольцевой метод с успехом при необходимости применяется и сейчас для массового выявления больных.

В республике было оздоровлено свыше 20 тысяч больных заразными кожными и венерическими заболеваниями. Работа бригад медицинских работников была организована так, что они как бы передвигались по кольцу с интервалом, равным промежутку между инъекциями бийохинола и новарсенола. Это позволило в короткий срок ликвидировать заразные формы сифилиса, прекратить его распространение и приступить к систематическому лечению больных. За создание кольцевого метода П.В. Кожевников и Э.Н. Черняк были удостоены правительственных наград, а большая группа медицинских работников — значком «Отличник здравоохранения». Итоги работы были оформлены и защищены Э.Н. Черняк в качестве кандидатской диссертации «Активный кольцевой метод лечения сифилиса в сельских условиях» (1944).

В этой работе принимали участие также экспедиции из других республик. Так, в 1938 г. Украина прислала в Туркмению экспедицию, которая провела большую оздоровительную работу в Толнаузской области. За четыре года активной работы население республики было почти полностью оздоровлено от сифилиса, среди населения проводилась профилактическая работа. П.В. Кожевниковым в это время была написана «Памятка сифилитику».

В 1937 г. П.В. Кожевников был командирован в Монгольскую Народную Республику для изучения местных этнических и бытовых условий

с целью подготовки советской оздоровительной экспедиции по ликвидации заразных форм сифилиса с использованием предложенного им активно-кольцевого метода.

В 1941–1946 гг. под его руководством Н.А. Смородинцева и Э.Н. Черняк провели большую работу по оздоровлению населения Туркмении от грибковых заболеваний. Было излечено свыше 25 тысяч больных и ликвидирован фавус как массовое явление. Параллельно с практической развивалась и научная работа по изучению рентгенотерапии и медикаментозного лечения фавуса, клинической картины фавуса гладкой кожи, рецидивов при его лечении. Этот материал послужил темой для кандидатской диссертации А.С. Чубаровой «Парша ногтей» (1949).

Основным направлением научной работы П.В. Кожевникова в Туркмении явилась проблема кожного лейшманиоза, по которой он выполнил более 20 научных работ.

Еще в 1937 г. началось комплексное изучение лейшманиоза (болезнь Боровского) сотрудниками Туркменского кожно-венерологического института под руководством А.П. Лаврова, П.В. Кожевникова и Н.Ф. Родякина в контакте с отделом паразитологии ВИЭМ под руководством Е.Н. Павловского, Н.И. Латышева и П.А. Петрищевой.

Проф. П.В. Кожевников экспериментально и клинически обосновал два типа кожного лейшманиоза — поздно изъявляющийся (I тип) и остро некротизирующийся (II тип). Он подробно изучил клиническое течение и динамику этого заболевания, разработал вопросы иммунитета, изучил экспериментальный лейшманиоз. С этой целью он прививал возбудителей сельского типа лейшманиоза белым мышам. Была установлена также почти полная непрививаемость городского типа кожного лейшманиоза экспериментальным животным. Было доказано, что в основе городского и сельского типов кожного лейшманиоза лежат различные источники возбудителя. При городском типе процесс протекает более доброкачественно, и своевременно начатое лечение позволяет предупредить и остановить развитие болезни.

В соответствии с различиями в эпидемиологии городского и сельского лейшманиоза П.В. Кожевников и Н.И. Латышев разработали методы ликвидации болезни Боровского в Туркмении путем затравки хлорпикрином грызунов с самолета.

Под руководством П.В. Кожевникова проводились также исследования по биологии лейшманиоза, завершившиеся созданием высокоэффективной ампулированной живой вакцины. Впервые в мире проведена активная иммунизация населения в районах распространения лейшманиоза.

Под руководством проф. П.В. Кожевникова по проблеме кожного лейшманиоза было выполнено более 50 научных работ, 7 кандидатских и 1 докторская диссертации.

Совместно с Н.И. Латышевым, Н.В. Добротворской и Т.П. Повалиши-

ной П.В. Кожевников написал две оригинальные монографии: «Учение о кожном лейшманиозе» (1947) и «Болезнь Боровского» (1953), выпустил сборник научных работ «Проблемы кожного лейшманиоза» (1941).

Ряд диссертационных работ учеников П.В. Кожевникова также посвящены кожному лейшманиозу: А.Н. Соколовой — «Предупредительные прививки живым вирусом кожного лейшманиоза» (1940); П.А. Дубовского — «Вакцинодиагностика и вакцинотерапия кожного лейшманиоза» (1943); А.А. Шаховой — «Специфические лимфангоиты при кожном лейшманиозе» (1945); А.А. Кузнецовой — «Предупредительные прививки живых ампулированных культур лейшмания тропика с целью профилактики спонтанных заболеваний болезнью Боровского (кожный лейшманиоз)» (1954); М.Э. Эрещова — «Болезнь Боровского (кожный лейшманиоз) в городе Ашхабаде» (1956).

В дальнейшем научные исследования в области кожного лейшманиоза продолжал развивать ученик проф. П.В. Кожевникова Н.Ф. Родякин. С 1946–1961 гг. он работал директором кожно-венерологического института.

Главным достижением Н.Ф. Родякина, имеющим научное и практическое значение, является доказательство перекрестного иммунитета между двумя типами кожного лейшманиоза и установление возможности развития иммунитета к обоим типам путем прививки только культуры одного зоонозного типа. Предложенный Н.Ф. Родякиным метод индивидуальной профилактики кожного лейшманиоза в последнее время широко применяется также и за рубежом. Основные выводы научных исследований по кожному лейшманиозу были обобщены в монографии Н.Ф. Родякина (1957) «Вопросы иммунитета и специфической профилактики при болезни Боровского (кожный лейшманиоз)». В частности, Н.Ф. Родякин установил, что дети, рожденные от иммунных родителей, остаются восприимчивыми к заболеванию.

Совместно с Н.В. Двуреченской Н.Ф. Родякин составил библиографический указатель отечественных авторов по кожному лейшманиозу (1852–1960), содержащий почти тысячу работ. Под редакцией Н.Ф. Родякина было издано еще два указателя по лейшманиозу отечественной и иностранной литературы (1961–1970, 1971–1979).

Ученица проф. П.В. Кожевникова Р.С. Добржанская (1964) продолжала изучать туберкулоидную форму кожного лейшманиоза. Было установлено, что обнаруженные при одной форме заболевания ленто-монады не отличаются от городского типа, но менее вирулентны. Возникновение туберкулоидной формы кожного лейшманиоза является результатом измененной иммунологической реактивности организма больного. Р.С. Добржанская разработала и эффективный метод лечения туберкулоидного лейшманиоза внутривенными инъекциями 20%-ного раствора солюсурьмина (4–20 мл) в зависимости от состояния организма больного и переносимости препарата.

Исследования Н.М. Ханмамедова (1965), основанные на клинических наблюдениях и экспериментальных данных, показали существование «атипичного кожного лейшманиоза», но эти наблюдения не противоречат выделению городского и сельского кожного лейшманиоза. Это легло в основу его кандидатской диссертации. Проблемой кожного лейшманиоза П.В. Кожевников продолжал заниматься в Ленинграде. В 1972 г. вышла его работа в соавторстве «Основные достижения в изучении клиники, лечения и профилактики кожного лейшманиоза в Туркмении». Несколько научных работ были посвящены сезонности некоторых дерматозов в Туркмении (1950, 1957).

Период работы проф. П.В. Кожевникова в Туркмении отличается большой научной активностью. Им написано более 100 работ, среди которых большое место занимают труды по кожному лейшманиозу. За это время написана монография «Атипические пиодермиты» (1948), посвященная изучению околораневых инфекций в госпиталях. Много и упорно П.В. Кожевников работал над методикой научной работы, в результате чего появилась книга «Метод работы над кандидатской диссертацией» (1947), на которой воспитывалось молодое поколение ученых его школы.

Четвертый этап (1948–1969) дальнейшего развития научной школы проходил в период заведования его кафедрой кожных и венерических болезней Ленинградского государственного института усовершенствования врачей им. С.М. Кирова. В первые годы работы в Ленинграде П.В. Кожевников был также зам. директора по науке кожно-венерологического института до трансформации его в Институт антибиотиков. Параллельно с обучением врачей-курсантов на циклах по дерматовенерологии Ленинградского института усовершенствования врачей, П.В. Кожевников руководил обучением клинических ординаторов кожно-венерологического института и аспирантов кафедры.

Научная деятельность на этой кафедре была связана с послевоенным периодом возрождения учебного процесса и его дальнейшего усовершенствования. Кроме обычных четырехмесячных циклов общего усовершенствования практиковалось заочное обучение, проводились циклы тематического усовершенствования по гистологии кожи и косметологии, прерывистый цикл повышения квалификации дерматовенерологов Ленинграда на вечернем отделении. Лекции, кроме сотрудников кафедры, читали также С.Т. Павлов, С.Е. Горбовицкий, Л.А. Штейнлухт, А.Н. Аравийский, П.Н. Кашкин, О.К. Шапошников, Ю.Ф. Королев и другие специалисты.

П.В. Кожевников (1962) впервые ввел в практику циклы «Новое в дерматологии» для профессоров и преподавателей высших учебных заведений, которые проводились с привлечением специалистов по смежным специальностям и пользовались большой популярностью. Впервые в стране был внедрен в преподавание дерматовенерологии метод

программированного обучения и контроля. В 1968 г. был издан подготовленный им оригинальный «Вопросник по дерматологии и венерологии» (пособие по обучению, самоконтролю и проверке усвоения знаний врачей-курсантов), включающий более 450 проблем по общим и частным разделам дерматологии и венерологии. В 1969 г. он был переиздан.

По предложению П.В. Кожевникова начали проводиться и программированные экзамены по дерматовенерологии у студентов и врачей. В дальнейшем этот метод получил широкое применение в системе обучения по дерматовенерологии и другим специальностям.

Для врачей-курсантов очно-заочного цикла П.В. Кожевников написал «Лекции для врачей-курсантов» по нескольким актуальным темам (1961, 1969), а также учебные пособия «Антибиотики в лечении кожных болезней», «Лечение кортикостероидами кожных болезней» (1964), «Общие направления и принципы лечения кожных больных» (1965), «Инфекционные дерматозы» (1967) и др.

Под руководством проф. П.В. Кожевникова за ленинградский период его деятельности выполнено 13 докторских (Н.Ф. Бедненко, Х.Т. Вахтер, Б.М. Дацковский, Е.А. Досычев, Б.А. Зенин, К.А. Калантаевская, Ф.И. Колпаков, Р.К. Макашева, Н.Ф. Родякин, Н.И. Тумашеза, Г.С. Цераидис, А.С. Чубарова, А.И. Мартынова) и 39 кандидатских диссертаций.

В период заведования кафедрой ЛГИДУ В проф. П.В. Кожевников уделял большое внимание вопросам номенклатуры и классификации многих болезней, продолжал развивать идеи нервизма в дерматологии, роли нервной системы в патогенезе кожных болезней. Вопросы нервизма в дерматологии широко обсуждались в его трудах и в диссертациях учеников. Им была предложена оригинальная классификация экземы, внесено мною нового в разработку вопросов клиники, патогенеза и лечения этого заболевания, дано теоретическое обоснование диспансеризации больных кожными болезнями (1957). Была связана общая направленность кожных процессов (экзематозных и др.) с рядом моментов, в том числе с сопутствующими раздражителями, идущими от других органов.

Оригинальное учение об экзематозных реакциях было основано на изменениях реактивности организма в ответ на повторные разрешения кожного анализатора, пересмотрены вопросы источников, классификации, диагностики и лечения экзематозных процессов.

П.В. Кожевников впервые в 1944 г. начал применять для обозначения микробных дермоэпидермитов термин «экзематоид», полагая, что он отражает патогенетическую и клиническую близость этих процессов к экземе. На основании клинических наблюдений отмечалось важное значение внешних раздражителей в развитии экзематидов.

Экзема определялась как «хронический зудящий микровезикулезный в высших своих стадиях дермоэпидермит, развивающийся при наличии общего невроза в ответ на повторные или длительные раздражения кожного анализатора».

Строго различалась экзема в собственном смысле и экземодермиты, нередко напоминающие экзему и могущие трансформироваться в настоящую экзему в результате многократных или постоянных воздействий слабых физических, химических или биологических (токсины) раздражителей, то есть возникновения сенсибилизации или аллергии. Экземодермиты и аллергические дерматиты совершенно не идентичны, первичное понятие шире второго.

Согласно П.В. Кожевникову (1967), простой дерматит — это нормальная (физиологическая) реакция кожи на повреждение ее тем или иным раздражителем.

По П.В. Кожевникову (1967), разбираемый патологический процесс всегда начинается явлениями простого дерматита, затем — аллергического и только потом из него может возникнуть экзема.

Однако принципиальные признаки, отличающие аллергический дерматит от экземы, П.В. Кожевниковым (1967) и другими авторами названы не были.

Е.А. Досычев (1968) пересмотрел вопрос о чувствительности кожи больных с экзематозными реакциями и подтвердил снижение болевой и температурной чувствительности кожи, особенно на самих очагах патологического процесса, а также на симметричных участках кожи непораженной конечности, что явилось основой его докторской диссертации.

Ю.А. Кушнев (1964) изучал влияние неврозов на течение экземидов у больных экзематозными процессами. В результате исследований он пришел к выводу, что развитие психогенных экземидов основывается на наличии исходного экзематозного процесса, общего невроза и провоцирующего раздражителя, который может быть психогенным, эндо- и экзогенным.

Материалы этих исследований явились основой его кандидатской диссертации.

Вопросы экземы нашли отражение в диссертационных работах Ф.Н. Никитина — «Кожно-гальванические реакции у больных экземой» (1956); З.П. Пьянковой — «Результаты лечения и некоторые общие реакции организма после местного применения дегтярных препаратов при экзематозных процессах» (1957).

В.А. Хилков (1965) продолжил научные исследования в этом направлении и подтвердил существование психогенных экземидов. Психогенные переживания, согласно П.В. Кожевникову (1960), не вызывают новых экзематозных реакций, не могут создавать условия для последующего развития кожного процесса в ответ на действие экзематозных раздражителей либо вызывать ухудшение и обострение уже имеющейся экземы.

Продолжая развивать идеи нервизма в дерматологии, А.С. Чубарова под руководством проф. П.В. Кожевникова изучала рефлекторные перифокальные изменения, основными свойствами которых является их

зональный характер, возможность быстрой трансформации, изменчивость морфологических и функциональных проявлений. Изучение перифокальных изменений имеет большое значение в понимании развития и разрешения очагов поражения, патогенеза личных тяжелых реакций и в рациональной общей и местной терапии. Проведенные исследования А.С. Чубаровой в этом направлении явились основой ее докторской диссертации «Перифокальные изменения при некоторых кожных заболеваниях» (1963).

Изучению экзематозных реакций была посвящена докторская диссертация Р.К. Макашевой (1968), а докторская диссертация Н.И. Тумашевой (1967) — аутоиммунологическим реакциям при кожных и венерических реакциях. В.М. Рубанович (1967) по предложению П.В. Кожевникова изучал влияние межуточного мозга на ряд кожных реакций. Б.М. Дацковский (1967) и Е.А. Досычев иследовали функциональные связи мышечной системы и кожи. В.Г. Белкин (1962) при помощи сложных и интересных методов исследовал и показал наличие функциональных изменений нервной системы после облучения малыми дозами рентгеновских лучей.

Большое внимание проф. П.В. Кожевников уделял профессиональным заболеваниям кожи. Под его руководством были выполнены три диссертации, посвященные профессиональным дерматозам. Так, Х.Т. Вахтер (1965) изучал реакции кожи на действие продуктов перегонки сланцев; Л.А. Еримеева (1967) — профессиональные дерматозы в Ленинграде, вызываемые синтетическими смолами. Ф.И. Колпаков (1966) изучал профдерматозы, вызываемые солями хрома и никеля, разработал универсальные методы исследования проникновения этих металлов в кожу. На основании своих исследований Ф.И. Колпаков пришел к выводу, что сенсибилизирующее и токсическое действие хрома и никеля зависит в оснозном от глубины их проникновения в кожу.

Интересные исследования под руководством проф. П.В. Кожевникова провели Л.Х. Акбулатова (Коканд) и Б.Н. Бакшт (Оренбург). В частности, Л.Х. Акбулатова (1968) впервые обнаружила два вида клеща Demodex folliculorum hominis, метаморфоз которых она проследила на всем протяжении, изучила клиническую картину и предложила свою классификацию клинических форм демодикоза.

Б.П. Бакшт (1966) подтвердил частоту обнаружения клеща демодекса при дерматозе лица, имитирующим красные угри, и обнаружил изменения кожных нервов, которые автор трактовал как «феномен раздражения».

П.В. Кожевников постоянно стремился более глубоко рассматривать изучаемые материалы. Он работал над классификацией сальварсановых осложнений, околораневых пиодермитов, проявлений кожного лейшманиоза, предложил классификацию кожных болезней и кожных синдромов. Он одним из первых советских дерматологов предпринял попытку классифицировать кератозы. В статье «Вопросы систематики ке-

ратозов» (1962) на основании глубокого литературного анализа были обстоятельно разобраны различные группы кератозов.

В работе «Проблема каузальной классификации дерматозов» (1964) он писал: «Классификация не является самоцелью, а отражает насущные требования теории и практики». Автор отмечал, что классификация должна быть построена на анализе причинно-следственных отношений и отражать новые достижения науки.

Эта проблема получила широкое обсуждение в печати, в частности, в работе Д.Н. Клешня «Медико-географическая классификация болезней кожи человека» (1980), в которой все болезни кожи разделены на три группы. К первой отнесены болезни кожи, связанные с действием географических и геохимических факторов окружающей среды, ко второй — дерматозы, зависящие от биологических факторов, к третьей — краевая патология кожи.

Необходимость в каузальной классификации испытывали многие дерматологи. Первую попытку в этом деле предпринял Базен (1858). Определенный вклад в этом направлении сделали Кржиштавич (1935), Рост (1926), Борде и Райка (1935).

Отечественных дерматологов давно привлекала проблема классификации и номенклатуры дерматозов. А.М. Кричевский (1935) впервые разработал «Прелиминарную этиологическую и патогенетическую классификацию дерматозов». Этот вопрос неоднократно поднимался в дискуссионном порядке П.В. Кожевниковым (1951, 1957) и другими авторами. «Стандартная номенклатура» (1942) кожных болезней американской ассоциации также отражает попытку каузальной классификации.

Проф. П.В. Кожевников предложил примерное распределение важнейших дерматозов по классам с целью обеспечения дальнейшего обсуждения каузальной классификации на VI Всесоюзном съезде дерматологов.

Под его руководством сотрудники кафедры занимались изучением влияния условий внешней среды, климата и сезона года на клиническое течение некоторых дерматозов. В частности, Г.К. Рахимова (1966) изучала сезонные колебания пиодермитов в Казахстане, что явилось основой ее кандидатской диссертации.

Следующим направлением научной школы проф. П.В. Кожевникова являлись исследования в области гистопатологии кожи. И.И. Подвысоцкая уточнила особенности строения кожи в зависимости от локализации, подробно изучила старческую атрофию эпидермиса, доказала необходимость различия эластоз сосочного слоя и эластоидное превращение сетчатого слоя дермы. Проведенные ею исследования легли в основу кандидатской диссертации.

Более углубленные исследования в области гистопатологии кожи под руководством П.В. Кожевникова проводила К.А. Калантаевская (1955), защитив докторскую диссертацию, она стала автором монографии «Мор-

фология и физиология кожи человека», выдержавшей два издания (1965, 1972). В ней была обобщена обширная отечественная и зарубежная литература, а также исследования, основанные на собственном опыте и научных материалах учеников А.П. Ващенковой, Г. Гурикой, И.Г. Железнова, Р.К. Макашевой, А.Н. Низимбековой и др.

Научные исследования в области гистологии кожи проводили также Б.А. Броэр, И.Х. Капралова, Г.С. Цераидис и другие сотрудники научной школы проф. П.В. Кожевникова.

Большое внимание П.В. Кожевников уделял клинике и лечению различных дерматозов. Он описал ряд клинических форм редких дерматозов с учетом в их течении сезонных факторов. Результаты этой работы обобщены им в монографии «Лечение болезней кожи» (1950) и др.

В 1955 г. было указано на необходимость широкой диспансеризации и профилактики кожных заболеваний. Под руководством П.В. Кожевникова сотрудники кафедры оказывали помощь органам здравоохранения Ленинграда, Ленинградской области, а также Карелии и Эстонии в деле борьбы с венерическими и заразными кожными заболеваниями и их диспансеризации.

Большое значение придавал П.В. Кожевников курортной терапии больных хроническими дерматозами, превосходящей по своей эффективности многие современные средства и методы лечения.

В свете научных интересов проф. П.В. Кожевникова были выполнены диссертационные работы его сотрудников: проф. А.С. Чубаровой, доц. И.И. Подвысоцкой, асе. Ф.Н. Никитиной, Л.И. Васильевой-Кочеровой, Ю.А. Кушневым, асс. З.П. Пьянковой. Результаты исследований, полученные П.В. Кожевниковым с сотрудниками о сущности кожных заболеваний, наиболее полно отражены в монографии «Общая дерматология» (1970), которая вышла в свет уже после смерти автора.

За ленинградский период деятельности П.В. Кожевникова опубликована 151 научная работа, в том числе 4 монографии (одна из них в соавторстве), 9 лекций и учебных пособий для врачей-слушателей. Две работы остались неизданными. Несколько глав П.В. Кожевников написал в многотомном «Руководстве по дерматологии» (1959–1964).

Кроме того, им собран большой материал и подготовлены вчерне части глав к изданию «Частной дерматологии» и «Диагностики». Были сделаны несколько ценных рецензий на «Цветной атлас кожных и венерических болезней» П. Попхристова, Н. Велев, И. Балевская, И. Петков, Ш. Ботев, Т. Саушев (1961), монографию «Praecancerosen und primare Krebse der Haut» M. Melczer (1961), которая является подлинной энциклопедией по вопросам кожного рака и другие зарубежные издания.

За ленинградский период Кожевников был руководителем и соруководителем 37 кандидатских диссертаций, консультантом 2 кандидатских и 13 докторских диссертаций. Кроме этого, он был соруководителем еще трех диссертаций (А.А. Кузнецова, Т.К. Ланна, С.Н. Поташева).

Всего проф. П.В. Кожевников опубликовал около 300 научных работ, в том числе 8 монографий и 15 статей в энциклопедиях.

Им была оказана большая помощь многим дерматовенерологам, работавшим над диссертациями вне института. Всего под его руководством и консультациях подготовлено и защищено 60 кандидатских и 14 докторских диссертаций.

Многие его ученики заведовали кафедрами кожных и венерических болезней: Б.А. Зенин — в Воронежском медицинском институте, Д.И. Колпаков — в Красноярском, П.Ф. Бедненко — в Харьковском стоматологическом институте, Е.А. Досычев — в Ленинградском медицинском институте им. И.П. Павлова, Н.Ф. Родякин — в Ашхабаде, Н.И. Тумашева — в Тернополе, Х.Т. Вахтер — в Тарту, К.А. Калантаевская — в Киеве.

С 1952 по 1966 гг. П.В. Кожевников был главным редактором журнала «Вестник дерматологии и венерологии», а также членом редакционного совета Международного журнала «Excerpta Medica», почетным членом дерматологических обществ Франции, Чехословакии, Польши, Болгарии, Югославии, Румынии, членом-корреспондентом французского общества дерматовенерологов и 14 республиканских и областных обществ нашей страны. Он участвовал в Международной конференции по венерическим болезням и трепонематозам в Вашингтоне (1956), в Международном симпозиуме по профессиональным дерматозам в Праге (1960), экспертом ВОЗ.

Характерной чертой проф. П.В. Кожевникова была большая требовательность к себе и окружающим, высокая принципиальность и необыкновенная добросовестность. Все эти качества проявились на должностях заместителя председателя Всесоюзного и Ленинградского общества дерматовенерологов, главного дерматовенеролога Ленинграда, председателя кожно-венерологической комиссии Ученого Совета МЗ РСФСР.

Разносторонняя деятельность проф. П.В. Кожевникова многократно отмечалась правительством. Он награжден орденом Трудового Красного Знамени, медалью «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.», значком «Отличник здравоохранения». В 1939 г. ему было присвоено почетное звание заслуженного деятеля науки Туркменской ССР, в 1946 г. он был избран членом-корреспондентом АМН СССР, а в 1942 г. — депутатом и заместителем председателя Президиума Верховного Совета Туркменской ССР второго созыва.

В течение многих лет он являлся заместителем председателя Всесоюзного общества дерматовенерологов, состоял рецензентом ВАК, членом Ученой комиссии Министерства здравоохранения страны.

Таким образом, научная школа проф. П.В. Кожевникова имеет важное историческое значение в развитии отечественной дерматовенерологии.

Научная школа проф. П.В. Кожевникова продолжала развивать идеи нервизма дерматологии, создала оригинальное учение об экзематозных

реакциях, изучала сезонность некоторых дерматозов, краевую патологию и кожный лейшманиоз, разработав новое направление в дерматологии и преемственность поколений в медицинской науке. Научная школа проф. П.В. Кожевникова приняла форму огромного научно-исследовательского коллектива с определенным стилем исследования и мышления. В развитии его научной школы определяются вышеперечисленные этапы, на каждом из которых научный авторитет ее лидера постоянно возрастал.

Научный уровень школы проф. П.В. Кожевникова нашел отражение в деятельности таких его учеников, как А.А. Абрамян, Л.Х. Акбулатова, Б.П. Бакшт, П.Ф. Бедкенко, Н.В. Белкин, Н.В. Беляев, Н.В. Вельский, Н.В. Броэр, Л.И. Васильева, Х.Т. Вахтер, Г.И. Высоцкий, Б.М. Дацковский, П.А. Дубовский, Р.С. Добржанская, Н.В. Добротворская, Е.А. Досычев, Л.А. Еремеева, Н.И. Еремина, Б.А. Зенин, В.И. Золотухин, В.Н. Игошин, К.А. Калантаевская, И.К. Капралов, Ф.И. Колпаков, Г.В. Колникова, А.А. Кузнецова, Т.К. Ланнэ, М.И. Липская, Н.Д. Лисовская, Ф.А. Лодис, Р.К. Макашева, Т.И. Мальцева, А.И. Мартынова, Ф.Н. Никитин, В.А. Пасечник, М.М. Петрашевская, И.И. Подвысоцкая, С.Н. Потапова, З.П. Пьянкова, Г.К. Рахимова, Н.Ф. Родякин, В.М. Рубанович, А.Ф. Самойлов, А.Н. Соколова, Г.А. Стуруа, В.А. Суворов, К.А. Телегина, Д.И. Томашевский, Н.И. Тумашева, М.А. Фролова, Н.М. Ханмамедов, В.А. Хилков, Г.Д. Ходаковский, Г.С. Церзидис, Э.Н. Черняк, А.С. Чубарова, А.А. Шахова, Г.И. Штейман.

Литература

1. АКБУЛАТОВА Л.Х. Морфология двух форм клеща Демодекс фолликулорум гоминис и его роль в заболеваниях человека. Дисс. канд., Ташкент, 1968.

2. БАКШТ Б.Н. О роли фолликулярного демодекса в патологии кожи человека. Дисс. канд., Оренбург, 1966.

3. БЕДНЕНКС Б.Н. Материалы к изучению о влиянии центральной нервной системы на реактивность кожи. Автореф. докт. дисс., Харьков, 1957.

4. БЕЛКИН Б.Г. Влияние дробных эпиляционных доз рентгеновых лучей на некоторые реакции организма детей. Дисс. канд., Ашхабад, 1962.

5. БРИЛЬ М.Т. К вопросу о номенклатуре и классификации некоторых форм пиодермитов. Вестник венерологии и дерматологии. 1954, №5, с. 25–27.

6. БРОЭР Б.А. Некоторые морфологические и биохимические показатели крови у больных красной волчанкой в климатических условиях г. Алма-Аты. Дисс. канд., М., 1966.

7. ВАХТЕР Х.Т. Реакция кожи на действие продуктов перегонки сланца. Дисс. докт., Тарту, 1965.

8. ДАЦКОВСКИЙ Б.М. Влияние физических упражнений на вегетативные функции кожи и его механизм. Дисс. докт., Донецк, 1967.

9. ДОБРЖАНСКАЯ Р.С. Туберкулоидный кожный лейшманиоз. Ашхабад, 1964.

10. ДОБРОТВОРСКАЯ Н.В., ДОСЫЧЕВ Е.А., ЧУБАРОВА А.С. Петр Васильевич Кожевников. Вестник дерматологии и венерологии, 1980, №1, с. 74–75.

11. ДОСЫЧЕВ Е.А. Влияние экзематозного процесса на чувствительность кожи и двигательные функции конечностей. Дисс. докт., Л., 1968.

12. ЕРИМЕЕВА Л.А. Профессиональные дерматозы от воздействия смол. Дисс. канд., Л., 1967.

13. КАЗАКОВ В.И. О классификации кожных и венерических болезней. Вестник венерологии и дерматологии. 1953, №2, с. 24–27.

14. КАЛАНТАЕВСКАЯ К.А. К норме и патологии сальных желез (гистологические, клинико-функциональные и экспериментальные исследования). Автореф. докт. дисс., Алма-Ата, 1955.

15. КАПРАЛОВ И.К. Поздняя кожная порфирия на Северном Урале. Дисс. канд., Омск, 1967.

16 КОЖЕВНИКОВ П.В., РОДЯКИН Н.Ф., ЧУБАРОВА А.С, ЭРЕШОВ М.Э. Основные достижения в изучении клиники, лечения и профилактики кожного лейшманиоза в Туркмении. В кн.: Вопросы краевой дерматологии. Ашхабад, 1972, с. 18–21.

17. КОЖЕВНИКОВ П.В. Общая дерматология. М., 1970.

18. КОЖЕВНИКОВ П.В. Некоторые итоги и перспективы научной работы кафедры кожных и венерических болезней Ленинградского института усовершенствования врачей за 1962–1967 гг. Вестник дерматологии и венерологии. 1969, №1, с. 5–11.

19. КОЖЕВНИКОВ П.В. Экзематозные реакции. Л., 1967.

20. КОЖЕВНИКОВ П.В. Идеи нервизма и их роль в развитии советской дерматологии. Вестник дерматологии и венерологии. 1967, №7, с. 3–10.

21. КОЖЕВНИКОВ П.В. Программированное обучение в дерматологии. Вестник дерматологии и венерологии. 1966, №2, с. 3–8.

22. КОЖЕВНИКОВ П.В., МАЛКИН И.И., ДОВЖАНСКИЙ С.И. Специализированный дерматологический санаторий как основная форма организации лечения больных кожными заболеваниями в условиях курорта. Вестник дерматологии и венерологии. 1965, №1, с. 73–79.

23. КОЖЕВНИКОВ П.В., ДОСЫЧЕВ Е.А. Состояние и перспективы дальнейшего развития функциональных исследований в дерматологии. Вестник дерматологии и венерологии. 1965, №5, с. 3–9.

24. КОЖЕВНИКОВ П.В. Проблемы каузальной классификации дерматозов. Вестник дерматологии и венерологии. 1964, № 6, с. 3–10.

25. КОЖЕВНИКОВ П.В., ДОСЫЧЕВ Е.А. Задачи дерматологии в связи с химизацией народного хозяйства. Вестник дерматологии и венерологии. 1964, №12, с. 3–8.

26. КОЖЕВНИКОВ П.В. Вопросы специализации и усовершенствования дерматовенерологов. Вестник дерматологии и венерологии. 1963, №4, с. 3–8.

27. КОЖЕВНИКОВ П.В., ФРОЛОВА М.А. Роль больницы им. В.М. Тарковского в развитии отечественной венерологии и дерматологии. Вестник дерматологии и венерологии. 1962, №5, с. 62–68.

28. КОЖЕВНИКОВ П.В. Вопросы систематики кератозов. Вестник дерматологии и венерологии. 1962, №5, с. 3–9.

29. КОЖЕВНИКОВ П.В. История дерматологии. В кн.: Руководство по дерматовенерологии. М.—Л., 1961, т. 2, с. 15–36.

30. КОЖЕВНИКОВ П.В. Успехи советских ученых в изучении болезни Боровского (кожного лейшманиоза). В кн.: Сборник работ I Всероссийской конференции дерматовенерологов. М., 1958, с. 328–337.

31. КОЖЕВНИКОВ П.В. Классификация проявлений болезни Боровского, построенная на основе реактивности организма больного. Медицинская паразитология, 1958, №4, с. 387–390.

32. КОЖЕВНИКОВ П.В. Задачи дальнейшего изучения истории отечественной дерматологии и венерологии. Вестник дерматологии и венерологии, 1955, №3, с. 8–12.

33. КОЖЕВНИКОВ П.В. Некоторые вопросы морфологической и этиологической систем терминологии кожных болезней. В кн.: Труды Туркменского научно-исследовательского кожно-венерологического института. Ашхабад, 1957, т. 5, с. 161–172.

34. КОЖЕВНИКОВ П.В. Вопросы патогенеза экзематозных процессов. Вестник дерматологии и венерологии. 1956, №1, с. 12–19.

35. КОЖЕВНИКОВ П.В. Роль высшей нервной деятельности в возникновении и течении кожных заболеваний и дальнейшие возможности их лечения, исходя из учения И.П. Павлова. В кн.: Экспериментальные и клинические исследования. Л., 1954, т. 10, с. 3–8.

36. КОЖЕВНИКОВ П.В. Необходимость пересмотра номенклатуры кожных болезней. Вестник венерологии и дерматологии. 1952, №5, с. 13–20.

37. КОЖЕВНИКОВ П.В. О необходимости исправления и уточнения номенклатуры кожных болезней. В кн.: Тр. Военно-медицинской академии. Л., 1951, т. 28, с. 96–102.

38. КОЖЕВНИКОВ П.В. Лечение болезней кожи. М., 1950.

39. КОЖЕВНИКОВ П.В. Проф. П.В. Никольский и его значение в отечественной дерматовенерологии (К 10-летию со дня смерти). Вестник венерологии и дерматологии. 1950, №3, с. 33.

40. КОЖЕВНИКОВ П.В., ДОБРОТВОРСКАЯ Н.В., ЛАТЫШЕВ Н.И. Учение о кожном лейшманиозе. М., 1947.

41. КОЖЕВНИКОВ П.В. Памятка сифилитику. Ашхабад, 1938.

42. КОЖЕВНИКОВ П.В. Памятка больному паршой. Ашхабад, 1938.

43. КОЖЕВНИКОВ П.В. О ликвидации очагов сифилиса на селе. Советский врачебный журнал. 1938, №3, с. 10–14.

44. КОЖЕВНИКОВ П.В. Республиканское совещание венерологов. Туркменская искра. 28. IX. 1937.

45. КОЖЕВНИКОВ П.В. Лечение сифилиса в условиях периферии. I республиканская сессия Туркменского научного общества. Ашхабад, 1937.

46. КОЖЕВНИКОВ П.В. Ломкость кровеносных сосудов кожи. В кн.: Труды Томского мед. института. Томск, 1934, вып. 1, с. 7–9.

47. КОЖЕВНИКОВ П.В. Вопросы лечения кожных болезней на курортах Западно-Сибирского края. Курортология и физиотерапия. 1934, №6, с. 17–21.

48. КОЖЕВНИКОВ П.В. Проблемы заочной консультации по кожным болезням. В кн.: Сб., посвященный А.А. Боголепову. Новосибирск, 1933, вып. 1, с. 51–53.

49. КОЖЕВНИКОВ П.В. Методика профилактических осмотров на предмет выявления вен. больных. Томск, 1933.

50. КЛЕШНЯ Д.Н. Медико-географическая классификация болезней кожи человека. Вестник дерматологии и венерологии. 1980, №6, с. 38–42.

51. КОЛПАКОВ Ф.И. Значение проницаемости кожи в патогенезе хромовых и никелевых профессиональных дерматозов. Дисс. докт. Донецк, 1966.

52. КРИЧЕВСКИЙ А.М. Прелиминарная классификация кожных болезней. Харьков, 1935.

53. КУШНЕВ Ю.А. Влияние невроза на появление психогенных экземидов у больных экзематозными реакциями. Дисс. канд., Л., 1964.
54. ЛАТЫШЕВ Н.И., КОЖЕВНИКОВ П.В. Болезнь Боровского. М., 1953.
55. ЛОКАЛИШВИЛИ И. Материалы к дерматологической классификации, Тбилиси, 1963.
56. МАКАШЕВА Р.К. Вопросы этиологии, патогенеза и лечения экземидов волосистой части головы. Дисс. докт., Алма-Ата, 1968.
57. ПОДВЫСОЦКАЯ И.И. О некоторых особенностях строения старческой кожи. Дисс. канд., Л., 1963.
58. РАХИМОВА Г.К. Сезонные колебания пиодермитов в Казахстане. Дисс. канд., Алма-Ата, 1966.
59. РОДЯКИН Н.Ф. Вопросы иммунитета и специфической профилактики при болезни Боровского (кожный лейшманиоз). Ашхабад, 1957, с. 242.
60. РУБАНОВИЧ В.М. Кожа и кожные реакции при заболеваниях межуточного мозга. Дисс. канд., Л., 1967.
61. САМЦОВ В.И., МОНАХОВА А.П. Петр Васильевич Кожевников (К 90-летию со дня рождения). Вестник дерматологии и венерологии. 1988, №10, с. 72–73.
62. САМЦОВ В.И. К 100-летию кафедры дерматовенерологии Ленинградского государственного ордена Ленина института усовершенствования врачей им. С.М. Кирова. В кн.: Иммунные и общие инфекционные заболевания в дерматологии. Ленинград, 1984, с. 78–89.
63. СЛАДКОВИЧ С.Е. О классификации и номенклатуре в дерматологии. Вестник венерологии и дерматологии. 1953, №3, с. 22–23.
64. СТУДНИЦИН А.А., ТЕРЕШКОВИЧ В.И. Краткое руководство к практическим занятиям по кожным и венерическим болезням. М., 1963.
65. ТОРСУЕВ Н.А. П.В. Никольский (1858–1940). М., 1953.
66. ТОРСУЕВ Н.А. Кожевников Петр Васильевич. БМЭ, М., 1959, т. 13, с. 330.
67. ХАНМАМЕДОВ Н.М. Некоторые вопросы взаимоотношения двух типов кожного лейшманиоза. Дисс. канд., Ашхабад, 1965.

12.6. НАУЧНАЯ ШКОЛА ПРОФ. Н.А. ТОРСУЕВА

Известный ученый дерматовенеролог и лепролог, заслуженный деятель науки, доктор медицинских наук, профессор Николай Александрович Торсуев по праву принадлежит к плеяде замечательных ученых-медиков.

Родился Н.А. Торсуев в 1902 г. в Нижнем Новгороде в семье математика. В 1925 г. с отличием окончил медицинский факультет Нижегородского университета. Еще в студенческие годы обнаружил интерес к исследованию кожных и венерических болезней и проявил способности к научной работе, написав две статьи о гонорейных эпидидимитах. После окончания университета начал работать дерматовенерологом в Нижегородской губернии, а затем цеховым врачом на Горьковском заводе. Им была опубликована статья, посвященная изучению профессиональных дерматозов и их профилактике. С 1928 г. научно-исследовательская работа Н.А. Торсуева проходила сначала под руководством заведующе-

го кафедрой кожных и венерических болезней медицинского факультета Горьковского университета проф. А.С. Зенина, а с 1931 г.— проф. М.П. Батунина. Одной из важнейших заслуг Н.А. Торсуева является создание научной школы отечественной дерматовенерологии и лепрологии, в развитии которой можно выделить четыре этапа.

Первый (1928–1938) характеризуется началом научных исследований, изучением вопросов борьбы с венерическими заболеваниями в Горьковском крае до и после революции. Н.А. Торсуев один из первых начал всестороннее изучение вопросов профессиональных дерматозов и их профилактики. Им была составлена первая в стране «Библиография профдерматологической литературы» (1934) и программа преподавания профессиональной дерматологии в медицинских вузах страны. Изучались также вопросы микологии, пиодермии, распространения лепры, гистопатологии кожи и другие актуальные проблемы дерматологии. Рассматривая проблемы распространения и борьбы с венерическими заболеваниями в Горьковском крае, Н.А. Торсуев исследовал вопросы серодиагностики, лечения и их профилактики, что получило отражение в его работах: «Сифилис и переливание крови» (1933), «Методы и проблемы современной терапии сифилиса» (1933), «Методика выявления источника заражения» (1934) и др. В работе «Организация единого учета и статистика вензаболеваний в Нижегородском крае» (1931) Н.А. Торсуев фактически один из первых организовал и описал централизованный учет больных венерическими болезнями. В статье об унификации номенклатуры дерматологических учреждений, опубликованной в журнале «Советские вестник венерологии и дерматологии» (1935, №6), поднят вопрос упорядочения дерматовенерологической службы в стране.



Рис.42. **Н.А. Торсуев (1902– 1978)**

Схема, предложенная ученым, была построена с учетом места расположения, мощности и наличия самостоятельного бюджета. Им предложено шесть различных наименований дерматовенерологических учреждений: институт, диспансер, пункт, отдел, кабинет и отряд или экспедиция.

Предложенные им наименования сохранились почти без изменений по настоящее время.

Продолжая научные исследования в области профессиональных заболе-

ваний кожи, начатые проф. М.П. Батуниным, Н.А. Торсуев (1937) выполнил кандидатскую диссертацию «Профессиональные заболевания кожи от смазочных масел». Он занимается изучением гистопатологии кожи, став в дальнейшем одним из крупнейших специалистов в этой области. Особый интерес у него вызывали вопросы патологии нервных окончаний кожи. Ему принадлежит разработка нового метода окраски нервов кожи — модификация их импрегнации серебром по Рамон-Кахану.

Н.А. Торсуев (1937) в частности доказал, что клетки Лангерганса в эпидермисе плода появляются уже на 12-ой неделе внутриутробной жизни. Зачатки телец Фатер-Пачини можно видеть уже на 17-ой неделе жизни плода. Эти данные в последующем подтвердила Н.А. Журовская (1957).

Это исследование заняло второе место на Всесоюзном конкурсе работ молодых специалистов. После этого под руководством профессора А.С. Зенина началась работа над докторской диссертацией «Нервы кожи и гистиоцитарные (барьерные) реакции при некоторых дерматозах» (1938). Она была посвящена мало исследованному вопросу в русской дерматологической науке и единодушно получила положительную оценку на защите во 2-ом Московском медицинском институте им. Н.И. Пирогова. Н.А. Торсуев впервые описал ряд особенностей нервных окончаний в коже человека при различных дерматозах.* Московское дерматологическое общество удостоило его второй премией на Всесоюзном конкурсе научных работ, посвященных памяти профессора Г.И. Мещерского.

За время работы в Нижнем Новгороде Н.А. Торсуев прошел путь от младшего научного сотрудника до приват-доцента института. После защиты докторской диссертации Н.А. Торсуев в 1938 г. был избран по конкурсу заведующим кафедрой кожных и венерических болезней Симферопольского медицинского института.

Второй период (1938–1944) характеризуется изучением вопросов дифференциальной диагностики болезней кожи, ее гистопатологии и клиники редких дерматозов, проводимых в Крымском медицинском институте, — И.И. Милявский (1940), Р.А. Надирянц (1940), Н.И. Метлицкий (1941), П.В. Печерский (1941) и др.

Под руководством профессора Н.А. Торсуева И.И. Милявский, в частности, изучал вопросы сульфидинотерапии гонореи, распространенность дерматомикозов волосистой кожи головы в Крыму, миазы и нервы кожи. Р.А. Надирянц занимался патоморфологией нервов кожи при ипритных поражениях в эксперименте. П.В. Печерский рассматривал вопросы эпидемиологии дерматомикозов и серодиагностику сифилиса, что явилось важным моментом в борьбе с этим заболеванием. Н.И. Метлицкий изучал вопросы эпидемиологии туберкулеза кожи и методы борьбы с ним, распространение эпидермофитии в Крыму и ее лечение, а также гистологию телец Вагнер-Мейссер в коже человека, т.е. фактически продолжал исследования профессора Н.А. Торсуева.

За время заведования кафедрой кожных и венерических болезней Симферопольского медицинского института под редакцией Торсуева вышли два сборника научных работ сотрудников кафедры, посвященных актуальным проблемам дерматовенерологии Крыма.

С 1960 г. кафедрой заведовал ученик проф. Н.А. Торсуева Н.И. Метлицкий (1910–1971), который, продолжая научные исследования по лепре, начатые своим учителем в 1969 г., завершил работу над докторской диссерацией «Некоторые клинико-гистохимические аспекты лепры».

В 1941 г. Симферопольский медицинский институт был эвакуирован сначала в Армавир, а через год в Кзыл-Орду, где располагалось много госпиталей. Лепрозорий находился в пустыне, Н.А. Торсуев в качестве консультанта в нем работал.

Дальнейшая деятельность проф. Н.А. Торсуева связана с Ростовским медицинским институтом.

Третий этап (1944–1961) характеризуется научными исследованиями, посвященными лепре, гистоморфологии, профессиональным дерматозам, псориазу, красной волчанке, идеопатической атрофии кожи, иммунотерапии гнойничковых заболеваний кожи, экземе, раку кожи, витилиго, лечению и профилактике венерических болезней.

Возглавив кафедру и клинику кожных и венерических болезней Ростовского медицинского института, Н.А. Торсуев направил свою деятельность в основном на организацию борьбы с лепрой на Дону. В это время он написал большое количество журнальных статей, монографий, справочников и более 150 инструкций, посвященных в основном лепрологии. Большой заслугой Н.А. Торсуева явилось открытие Ростовского лепрозория. Он доказал возможность ликвидации лепры в области путем создания специального лечебного и научно-исследовательского учреждения с диспансерным методом работы. Вначале это был просто изолятор, состоящий из двух палат в клинике, а позже — станция, которая в 1947 г. была реорганизована в Ростовский-на-Дону экспериментально-клинический лепрозорий на 25 коек. Лепрозорий скоро стал передовым противолепрозным учреждением в России. В течение двух лет вся работа противолепрозных учреждений была перестроена с учетом перехода на диспансерные методы борьбы с лепрой в тесном сотрудничестве с общемедицинской и специализированной дерматовенерологической службой. Проведенная перестройка привела к значительным успехам в борьбе с лепрой во многих эндемических зонах страны.

Оригинальная карточная система учета больных лепрой, предложенная учеником проф. Н.А. Торсуева Н.С. Гребенниковым (1957), была введена с 1965 г. во всех лепрозориях страны. При непосредственном участии проф. Н.А. Торсуева были разработаны многие инструктивно-методические материалы, которые стали официальными документами. Это устав лепрозория, инструкции по борьбе с проказой и обследованию

эндемических по лепре зон, положения о текущем эпидемиологическом контроле в зоне, о врачах-дерматовенерологах, отвечающих за работу по борьбе с лепрой, качественные показатели работы противолепрозных учреждений, схема годового конъюнктурного обзора, формы карточного учета, инструкции по выписке больных из противолепрозных учреждений на диспансерное обслуживание, по представлению кратковременных отпусков домой из стационара лепрозория, «Краткий справочник по борьбе с лепрой» (1958) и другие материалы, обеспечивающие работу всех лепрозных учреждений в борьбе с лепрой в нашей стране. «История борьбы с лепрой в СССР»,— указывал Н.А. Торсуев с соавторами (1969),— прошла два основных этапа. Первый — до 1952 г., когда ею занимались только врачи-лепрологи и когда ведущим принципом была пожизненная изоляция больных в лепрозориях типа сельскохозяйственных колоний; второй, начавшийся с 1952—1953 гг., характеризуется ликвидацией изоляционизма, превращением лепрозориев в лечебно-профилактические учреждения, организацией диспансерного обслуживания выписанных больных на базе успехов терапии и установлением тесного контакта с общей медицинской сетью. За эти годы была снижена заболеваемость, почти исчезли запущенные формы болезни, уменьшилось общее количество и особенно госпитализированных больных.

Монография проф. Н.А. Торсуева «Лепра», выдержавшая три издания (1951, 1952, 1958), является первым и единственным руководством по лепре, вышедшим в нашей стране после руководства Л.Ф. Решетило, изданного еще в 1904 г. Эта книга представляет большой научный интерес и не потеряла своего практического значения до настоящего времени.

В 1956 г. Н.А. Торсуев и А.А. Антоньев вместе с врачами Ростовского лепрозория составили «Краткий справочник по борьбе с лепрой». В 1956 г. Ростовский экспериментально-клинический лепрозорий совместно с научно-исследовательским институтом по изучению лепры Министерства здравоохранения СССР заново переработал и издал массовым тиражом под редакцией проф. Н.А. Торсуева «Справочник по борьбе с лепрой», получивший признание специалистов. Его перу принадлежит «Библиографический указатель работ отечественных авторов по лепре» (1959), в котором собраны работы отечественных авторов на русском и иностранных языках до 1957 г. включительно. Периодически выпускаемые им «Библиографии работ по лепре» за каждое истекшее пятилетие (1958–1962, 1963–1967, 1968–1972) оказались наиболее полными и превратились в незаменимые пособия по лепрологии.

В монографии проф. Н.А. Торсуева «История классификации лепры» (1956) приводятся достоинства и недостатки различных классификаций лепры клинико-гистологического критерия. Обращено внимание на необходимость дальнейшей работы по установлению единой клас-

сификации. Многолетние споры привели к сближению точек зрения на IV Международном конгрессе по лепре (1952), где было рекомендовано различать два ее типа, лепроматозный и туберкулоидный, и две группы — неопределенную и пограничную.

Работа Н.А. Торсуева «Лепра в б. Российской империи» (1959) подробно освещает историю, географию, статистику и эпидемиологию лепры.

В другой работе «Лепра в СССР» (1958) представлен краткий исторический очерк, а также статистика и географическое распределение лепры в нашей стране, показаны последовательные этапы организации борбы с болезнью.

Книга Н.А. Торсуева «Материалы о лепре в Китае» (1960) написана по истории этого заболевания до 1949 г. Особый интерес представляют приведенные автором средства китайской народной медицины, которые могут обогатить арсенал противолепрозных средств и сейчас.

До сих пор основным руководством для практических врачей разных специальностей по такой сложной проблеме, как диагностика лепры, является монография Н.А. Торсуева «Распознавание и дифференциальная диагностика лепры» (1971).

В области изучения лепры и борьбы с ней работали также: Г.Н. Минх, О.В. Петерсен, Д.Ф. Решетило, В.И. Андруссон, В.И. Кедровский, Н.М. Бакулев, И.Н. Переводчиков, Н.Ф. Павлов, И.А. Шилов, А.К. Штейн, В.Ф. Шубин и другие ученые-медики.

В послевоенные годы под руководством проф. Н.А. Торсуева были выполнены и успешно защищены кандидатские диссертации: В.А. Рысс «Венерические болезни в Ростовской области за 50 лет» (1947), М.И. Иоффе «Лепра в Ростовской области» (1949), В.М. Гриневич «Материалы к истории учения о кожных и венерических болезнях в древности» (1949) и др.

Всего под руководством Н.А. Торсуева по проблемам лепрологии было защищено 11 докторских и 16 кандидатских диссертаций.

Его сотрудниками и учениками в этот период были В.М. Гриневич, В.А. Рысс, М.И. Иоффе, Л.П. Соколова, К.П. Венедиктов, Е.В. Леонтьев и др.

С 1946 по 1970 гг. под редакцией проф. Н.А. Торсуева было издано 23 выпуска «Сборника научных работ по лепрологии и дерматологии», которые превратились в ежегодные, периодические тематические издания и приобрели большую популярность.

В 1959 г. Н.А. Торсуев впервые диагносцировал и опубликовал кератоакантому и описал новый вариант болезни Сеттона с точечной ангиомой в центре лейкодермического пятна вместо пигментного невуса, эритематозный пемфигус Сенир-Ашера, своеобразный вид лепрозной реакции, протекающей по типу герпетиформного дерматита Дюринга, шанкриформную пиодермию и ряд других дерматозов. Его перу при-

надлежат отдельные главы в трехтомном руководстве по дерматовенерологии, Большой советской и Большой медицинской энциклопедиях.

Много внимания Н.А. Торсуев уделял истории дерматовенерологии и утверждению приоритетов отечественных ученых-медиков в этой специальности. Им написаны работы, посвященные известным ученым-дерматовенерологам: О.В. Петерсену, В.В. Иванову, Г.Н. Минху, В.И. Андрусу, внесшим большой вклад в развитие отечественной дерматологии и венерологии. Проф. Н.А. Торсуев написал книгу «П.В. Никольский» (1953), который более 15 лет руководил кафедрой кожных и венерических болезней Ростовского медицинского института и является одним из основоположников физиологической и функциональной дерматологии. Совместно с С.Е. Горбовицким написана монография (1962), посвященная 100-летию крупнейшего отечественного ученого дерматолога Т.П. Павлова, пропагандировавшего идеи нервизма.

Большое внимание Н.А. Торсуев уделял подготовке кадров. Им написан ряд статей по вопросам методики преподавания, а совместно с проф. А.С. Зениным — учебник по кожным и венерическим болезням. В Ростове-на-Дону на кафедре постоянно действовали курсы специализации и усовершенствования врачей, проводились семинары по лепре. Предельно насыщенные, полные глубокими выводами, аналитическими сопоставлениями, лекции Н.А. Торсуева всегда собирали широкую аудиторию слушателей. Как указывают его ученики П.С. Гребенников и К.К. Харабаджахов (1964), лепрозорий совместно с клиникой охватывал ежегодной подготовкой и ознакомлением с лепрой более тысячи медицинских работников и студентов. В первых, так называемых поголовных подворных осмотрах, принимали участие Е.Д. Данилевская, В.М. Гриневич, А.И. Ефимцева, А.А. Максимова, И.П. Брагин и другие.

Клиника кожных к венерических болезней Ростовского медицинского института совместно с лепрозорием являлись своеобразным центром подготовки специалистов-лепрологов. Л.М. Хасабов, А.А. Антоньев, А.Б. Худолеева и другие успешно работали в лепрозории, а врачи Е.П. Бюкинг, В.В. Богун и Н.М. Кобзева стали высококвалифицированными лепрологами. Ординаторы клиники В.И. Степаненко, Н.М. Кобзева, В.И. Ситникова, Т.В. Васильева вместе с врачами Ростовского лепрозория неоднократно выезжали в республики Средней Азии для проведения обследований, оказания практической помощи Каракалпакскому лепрозорию и др.

Большой педагогический опыт Н.А. Торсуева обобщен в учебнике по кожным и венерическим болезням для студентов медицинских институтов, изданном в 1978 г. в соавторстве с проф. И.И. Потоцким. В нем особое значение придается деонтологическим аспектам.

Н.А. Торсуев был избран членом комитета экспертов по лепре ВОЗ ООН, выезжал на его заседание в Женеву, являлся членом редакцион-

ного совета Международного журнала по лепре (International Journal of Leprozy), членом-корреспондентом Аргентинской ассоциации и лаборатории по изучению лепры (Розарио) и др.

После переезда Н.А. Торсуева в Донецк заведовать кафедрой кожных и венерических болезней Ростовского медицинского института стал его ученик проф. Л.М. Хасабов.

Четвертый этап (1961–1978) развития научной школы проф. Н.А. Торсуева характеризуется изучением взаимосвязи кожного покрова, нервной системы и внутренних органов при некоторых дерматозах (ретикулезах, экземе, пузырчатых заболеваниях кожи, псориазе, угревой болезни), проходивший на кафедре кожных и венерических болезней Донецкого медицинского института. Это направление подтверждает то большое значение, которое придавалось реакциям целостного организма в патогенезе тяжелых, хронических дерматозов и с учетом этого — ориентации терапии и профилактики.

Разрабатывалось в основном два аспекта этой проблемы: функциональное состояние кожного анализатора у больных с выраженными поражениями внутренних органов при отсутствии у пациентов видимых изменений кожи и функциональное состояние внутренних органов у больных с различными тяжелыми дерматозами при отсутствии у них признаков висцеральных поражений. Для решения этих задач, кроме обычных клинико-лабораторных, проводились функциональные, электрофизиологические, биохимические, обмен микроэлементов, гистоморфология кожи и другие методы исследования.

Работая в Донбассе, проф. Н.А. Торсуев опубликовал 516 научных работ по актуальным проблемам лепрологии, дерматологии и венерологии, в том числе 9 монографий, 48 статей за рубежом, 44 — в энциклопедиях, учебник, отдельные главы в трехтомном руководстве по дерматологии и венерологии (1964). Научные исследования посвящены различным аспектам дерматологии: аллергическим, пузырным, профессиональным дерматозам, претибиальной микседеме, бородавчатой эпидермодисплазии, липоматозу, вопросам диспансеризации кожных больных и др. При участии Н.А. Торсуева как ответственного редактора изданы тезисы докладов областной научной конференции Донецкого общества дерматовенерологов и медицинского института (1964), материалы III научной конференции врачей-дерматовенерологов (1965), тезисы докладов IV научной конференции дерматовенерологов области (1966), два выпуска кратких рефератов научных работ, выполненных дерматовенерологами Донецкой области совместно с проф. М.Н. Бухаровичем (1974 и 1978), три библиографических указателя научных работ сотрудников кафедры и практических врачей за период существования кафедры кожных и венерических болезней института.

Как крупный ученый проф. Н.А. Торсуев с 1965 по 1971 гг. занимал должность проректора по научной работе Донецкого медицинского

института, одновременно, возглавляя совет по защите кандидатских и докторских диссертаций по терапевтическим специальностям.

Под руководством проф. Н.А. Торсуева разрабатывались различные проблемы дерматовенерологии. Так, И.Я. Захаров (1965) изучал реактивность организма больных микробной экземой, Ф.Д. Затолокин (1966) исследовал биохимические параллели у больных лепрой и туберкулезом кожи, Н.Н. Сперанский (1967) изучал гистоморфологию нервов в послеоперационных асептических рубцах, в рубцах после ожогов и операций по поводу туберкулеза костей и суставов различной давности и локализации, А.Ф. Малицкий (1968) рассматривал вопросы взаимоотношений связи кожи и печени, С.К. Тихая (1969) впервые изучала комплексные методы лечения больных псориазом с применением сероводородных ванн Донецкого минерального источника, Н.А. Ковалькова изучала аллергические васкулиты кожи, В.Д. Гридасова (1973) разрабатывала новые методы лечения больных угревой сыпью с учетом биохимических показателей, что явилось основой ее кандидатской диссертации. А.В. Мирошниченко впервые детально изучил обмен витамина Вб у больных угревой болезнью, установил его роль в патогенезе заболевания и разработал комплексные методы лечения. В.М. Ковалев установил новые аспекты патогенеза угревой болезни на основании изучения роли простангландинов (ПГЕ, ПГЕг, ПГР) и циклического нуклеотида-3',5'~аденозинмонофосфата в воспалительном процессе, выявил особенности микробной флоры, иммунологической реактивности организма и разработал эффективные методы патогенетической терапии с учетом полученных данных. Материалы были опубликованы в журнальных статьях и написанной в соавторстве с Д.Л. Перельдиком монографии «Диспансеризация больных хроническими рецидивирующими дерматозами» (1965).

Под руководством Н.А. Торсуева проводились углубленные исследования доц. Л.М. Гольдштейном некоторых сторон этиологии, патогенеза и клиники ряда аллергических дерматозов (экзема детей, строфулюс, вульгарной почесухи Бенье, диссеминированного нейродермита). Им была опубликована работа по атопическим дерматозам, а научные исследования явились основой докторской диссертации.

Комплексное обследование больных с различными формами ретикулеза позволило доц. В.В. Винниченко выявить некоторые общие изменения в организме больных и наметить более рациональные пути терапии кортикостероидами в комплексе с общими методами воздействия на организм. Он показал значение для диагностики исследований лейкоцитарной формулы крови, взятой из очагов поражения. Клинические наблюдения подтвердили возможность перехода бляшечного парапсориаза и атрофической сосудистой пойкилодермии в грибовидный микоз или гистиоцитарный ретикулез кожи, что явилось основой его докторской диссертации «Ретикулезы кожи» (1973).

Ученик проф. Н.А. Торсуева В.Н. Романенко (1973) почти постоянно занимался изучением проблемы буллезных дерматозов и защитил докторскую диссертацию.

Необходимо отметить также научные исследования И.И. Маврова (1971) в лечении свежей и хронической гонореи у мужчин олететрином в комплексе с комбинированной иммунотерапией, что послужило основой его кандидатской диссертации. Докторская диссертация И.И. Маврова (1978) посвящена постгонорейным осложнениям у мужчин, изучению естественных факторов иммунитета и специфической иммунологической реактивности у больных постгонорейными осложнениями, детальному изучению микробной флоры мочеиспускательного канала, расстройству сперматогенеза.

Под руководством проф. Н.А. Торсуева было подготовлено из других организаций 7 докторов и 38 кандидатов медицинских наук.

К этому времени четко определился научный круг дерматовенерологов и лепрологов его школы по следующим 15 направлениям: физиология кожи и патология внутренних органов, биохимические процессы и патоморфология болезней кожи; различные проблемы лепры, буллезные дерматозы, сифилис, гонорея, зудящие дерматозы, лучевые поражения и ретикулезы кожи, нарушение пишентации кожи, микологии, профдерматозы, история дерматологии, венерологии и лепрологии, а также организация борьбы с заразными кожными и венерическими болезнями.

Всего среди учеников научной школы 56 выполнили кандидатские и 16 докторские диссертации, многие заведуют кафедрами кожных и венерических болезней, либо руководят научно-исследовательскими кожно-венерологическими институтами. Особо следует отметить тех, кто постоянно занимается подготовкой кадров дерматовенерологии и лепрологии. За заслуги в области подготовки кадров и научной работы в 1963 г. Н.А. Торсуеву было присвоено почетное звание «Заслуженный деятель науки».

В августе 1976 г. Н.А. Торсуев передал кафедру своему ученику проф. М.И. Бухаровичу, продолжая вести научную работу, принимая активное участие во всех аспектах кафедры, читая лекционный курс по дерматологии курсантам факультета усовершенствования врачей, руководя научными исследованиями ряда сотрудников, консультируя больных и возглавляя общество дерматовенерологов Донецкой области.

С 1988 г. кафедрой кожных и венерических болезней Донецкого медицинского института заведует ученик его школы проф. В.М. Ковалев.

В 1978 г. Н.А. Торсуев скоропостижно скончался в возрасте 75 лет, но его дело продолжают ученики.

В 1982 г. в Донецке проходил пленум научного совета по дерматологии и венерологии, в работе которого приняли участие ведущие ученые-дерматовенерологи нашей страны.

Успех творческой деятельности проф. Н.А. Торсуева зависел прежде всего от правильного методического подхода к изучаемым проблемам, систематического целеустремленного труда, умения правильно организовать работу на всех этапах, критического отношения к результатам своих исследований, уважительного отношения к мнению других, гармоничного сочетания научной, педагогической, лечебной и общественной деятельности. Он был продолжателем традиции научной школы проф. М.П. Батунина.

Школа Торсуева внесла большой вклад в развитие отечественной дерматовенерологии и лепрологии.

Учениками научной школы проф. Н.А. Торсуева являются: Р.Х. Абдусаметов, Й.Н. Аламдаров, А.А. Антоньев, Т.Г. Богуш, В.М, Брага, А.М. Бухарович, Е.П. Бюкинг, К.П. Бенедиктова, В.В. Винниченко, Ф.Е. Вишневский, Ю.И. Гарус, П.С. Гребенников, В.Д. Гридасова, В.М. Гриневич, Л.М. Гольдштейн, Н.И. Гусаков, А.И. Дайхес, А.С. Дышко, Б.А. Задорожный, М.А. Зеликман, Ф.Д. Затолокин, И.Я. Захаров, Н.Н. Иванова, М.И. Иоффе, Я.Е. Кантор, Н.А. Ковалькова, В.М. Ковалев, А.И. Колокольцева, М.Л. Кривовяз, Л.Е. Лейков, Е.В. Леонтьев, Б.К. Логинов, И.И. Мавров, А.Ф. Малицкий, С.Н. Мартынова, Н.И. Метлицкий, Ю.Я. Милютин, И.И. Милявский, А.Г. Мирошниченко, Ф.А. Мончак, Д.Й. Мурзенко, Р.А. Надирянц, А.М. Ольховский, И.Т. Остапенко, Б.Р. Петров, П.В. Печерников, В.Н. Погорелов, Я.Г. Поэль, Т.В. Проценко, В.Н. Романенко, В.А. Рысс, А.И. Самохин, И.Я. Смоленская, В.Т. Снытко, Н.Я. Сперанский, В.В. Соколов, Л.П. Соколова, С.К. Тихая, А.П. Токина, Р.А. Трапезонцева, О.И. Трясучее, О.И. Усманов, К.Ф. Фомин, К.К. Харабаджахов, Л.М. Хасабов, А.Б. Худолеева, А.Ф. Цюрко, Г.И. Чиж, А.П. Шепелев.

Литература

1. АНТОНЬЕВ А.А. Торсуев Н.А. В кн. БМЭ, 2-ое изд., т. 32, с. 484, 485.

2. АНТОНЬЕВ А.А., ГРЕБЕННИКОВ П.С., ХАРАБАДЖАХОВ К.К. Николай Александрович Торсуев (К 60-летию со дня рождения). В кн. Вопросы лепрологии и дерматологии. Ростов-на-Дону, 1963, №1 (27), с. 3–6.

3. БУХАРОВИЧ М.Н., ГРЕБЕННИКОВ В.А., ХАРАБАДЖАХОВ К.К., ТОРСУЕВА Н.Н., ХУДОЛЕЕВА А.Б. Н.А. Торсуев. Очерк. Ростов-на-Дону, 1986, с. 64.

4. ВИННИЧЕНКО В.В. Ретикулезы кожи. Дисс. докт., Донецк, 1973.

5. ГОЛЬДШТЕЙН Л.М. Материалы к учению об аллергических зудящих дерматозах. Дисс. докт., Донецк, 1969.

6. ГРЕБЕННИКОВ П.С, ХАРАБАДЖАХОВ К.К. Подготовка медицинских работников по лепрологии в Ростовской области. В кн. Вопросы лепрологии и дерматологии. Ростов-на-Дону, 1969, №6(22), с. 7–10.

7. ГРЖЕБИН З.Н. Об идеях связи единства и развития в современной дерматологии. Ростов-на-Дону, 1940, с. 46.

8. ГРИДАСОВА В.Д. Функциональное состояние кожного анализатора у больных угревой сыпью. Дисс. канд., Донецк, 1973.

9. ГРИНЕВИЧ В.М. Материалы и истории развития о кожных и венерических болезнях в древности. Дисс. канд., Ростов-на-Дону, 1949.

10. ЖУРАВСКАЯ Н.А. Развитие нервного аппарата кожи человека во внутриутробном периоде. В кн. Сборник научных работ Белорусского кожно-венерологического института. Минск, 1957, т. 5, с. 132–140.

11. ЗАТОЛОКИН Ф.Д. Некоторые биохимические параллели у больных лепрой и туберкулезом. Дисс., канд., Донецк, 1966.

12. ЗАХАРОВ И.Я. Материалы к вопросу о реактивности организма больных микробной экземой. Дисс. канд., Донецк, 1965.

13. ИОФФЕ М.И., Лепра в Ростовской области. Дисс. канд., Ростов-на-Дону, 1948.

14. ИЛЬИН И.И. Негонококковые уретриты у мужчин. М., 1991.

15. КОВАЛЕВ В.М. Методы комплексной терапии угревой болезни в свете новых данных о патогенетической роли нарушений содержания простагландина Ег и циклического 3,5-аденозинмонофосфата. Дисс. докт., М., 1983.

16. КОВАЛЬКОВА Н.А. Материалы к изучению аллергических вакулитов кожи (клинико-морфологические исследования). Дисс. канд., Донецк, 1975.

17. КОРОЛЕВ Ю.Ф. Себорея и угри. Минск, 1972.

18. МАВРОВ И.И. Постгонорейные осложнения у мужчин, их причины (микробная флора уретры, морфологические изменения мочеполовых органов), лечение и профилактика. Дисс. докт., М., 1978.

19. МАЛИЦКИЙ А.Ф. Материалы к вопросу о взаимосвязи кожи и печени. Дисс. канд., Донецк, 1968.

20. МЕТЛИЦКИЙ Н.И. Некоторые клинико-гистохимические аспекты лепры. Дисс. докт., Донецк, 1969.

21. МИРОШНИЧЕНКО А.В. Комплексная терапия больных угревой болезнью с применением пиридоксина. Автореферат дисс. канд., Киев, 1982.

22. ПОТОЦКИЙ И.И., ТОРСУЕВ Н.А. Кожные и венерические болезни. Учебник для студентов медицинских институтов. Киев, 1978, с. 496.

23. РОМАНЕНКО В.Н. Материалы к проблеме хронических пузырчатых дерматозов (клинико-морфологические, физиологические, биохимические исследования). Дисс. докт., Донецк, 1973.

24. РЫСС В.А. Венерические болезни и борьба с ними в Ростовской области. Дисс. канд., Ростов-на-Дону, 1947.

25. СПЕРАНСКИЙ Н.Н. Материалы к гистогенезу рубцов кожи. Дисс. канд., Донецк, 1967.

26. ТИХАЯ С.К. Комплексное лечение больных псориазом с применением сероводородных ванн Донецкого минерального источника (клинико-морфологические исследования). Дисс. канд., Донецк, 1969.

27. ТОРСУЕВ Н.А., БУХАРОВИЧ М.Н. Библиографический указатель работ, выполненных сотрудниками кафедры кожных и венерических болезней Донецкого государственного медицинского института им. М. Горького и врачами-дерматовенерологами Донецкой области до 1962 г. Донецк, 1975, с. 54.

28. ТОРСУЕВ Н.А., БУХАРОВИЧ М.Н. Некоторые итоги и перспективы научно-исследовательской работы коллектива кафедры кожных и венерических болезней Донецкого мединститута. Вестник дерматологии и венерологии, 1969, №1, с. 11–16.

29. ТОРСУЕВ Н.А. Некоторые элементы деонтологии в практике дерматовенеролога. Вестник дерматологии и венерологии, 1977, №8, с. 52–56.

30. ТОРСУЕВ Н.А. Распознавание и дифференциальная диагностика лепры. М., 1971, с. 184.

31. ТОРСУЕВ Н.А. Дерматология и венерология. В кн. История медицины в СССР. М., 1964, с. 396–409.

32. ТОРСУЕВ Н.А. Материалы о лепре в Китае. В кн. Сборник научных работ по лепрологии и дерматологии. Ростов-на-Дону, 1960, №14, с. 3–79.

33. ТОРСУЕВ Н.А. Библиографический указатель работ отечественных авторов по лепре (до 1957 г. включительно). Ростов-на-Дону, 1959, с. 224.

34. ТОРСУЕВ Н.А. 40 лет советской лепрологии. В кн. Сборник работ I Всероссийской конференции дерматовенерологов. Москва, 1958, с. 371–386.

35. ТОРСУЕВ Н.А. Лепра в СССР. В кн. Сборник научных работ по лепрологии и дерматологии. Ростов-на-Дону, 1958, № 10, с. 326.

36. ТОРСУЕВ Н.А., АНТОНЬЕВ А.А., ЛЕОНТЬЕВ Е.В., БОГУН В.В., ХАРАБАДЖАХОВ К.К. Десять лет работы Ростовского экспериментального клинического лепрозория Министерства здравоохранения РСФСР. В кн. Сборник научных работ по лепрологии и дерматологии. Ростов-на-Дону, 1958, №9, с. 5–26.

37. ТОРСУЕВ Н.А., АНТОНЬЕВ А.А. Краткий справочник по борьбе с лепрой (для врачей общемедицинской сети, дерматологов и лепрологов). Ростов-на-Дону, 1958, с. 164.

38. ТОРСУЕВ Н.А. Лепра в б. Российской империи. В кн. Сборник научных работ по лепрологии и дерматологии. Ростов-на-Дону, 1958, №10, с. 328.

39. ТОРСУЕВ Н.А. История классификации лепры. В кн. Сборник научных работ по лепрологии и дерматологии. Ростов-на-Дону, 1956, №7, с. 5—130.

40. ТОРСУЕВ Н.А. Краткий очерк истории проказы в дореволюционной России. В кн. Сборник научных работ по лепрологии и дерматологии. Ростов-на-Дону, 1954, №6, с. 12–23.

41. ТОРСУЕВ Н.А. Роль и заслуги русских ученых в развитии лепрологии. В кн. Сборник научных работ по лепрологии и дерматологии. Ростов-на-Дону, 1953, №5, с. 18–31.

42. ТОРСУЕВ Н.А. П.В. Никольский (1858–1940). М., 1953, с. 168.

43. ТОРСУЕВ Н.А. Семидесятипятилетие кафедры кожных и венерических болезней Ростовского-на-Дону государственного медицинского института. Вестник венерологии и дерматологии. 1952. №3, с. 46–48.

44. ТОРСУЕВ Н.А. Задачи советской дерматологии в свете учения И.П. Павлова (к итогам объединенной сессии Академии наук СССР и Академии медицинских наук). В кн. Сборник научных работ по лепрологии и дерматологии. Ростов-на-Дону, 1952, №4, с. 16–27.

45. ТОРСУЕВ Н.А. Лепра. М., 1951, с. 168.

46. ТОРСУЕВ Н.А. Лепра, 2-ое испр. и доп. изд. М.,952, с. 192.

47. ТОРСУЕВ Н.А. Об унификации номенклатуры дерматовенерологических учреждений. Советский вестник венерологии и дерматологии. 1935, №6, с. 513–515.

48. ФОМИН К.Ф. Материалы к учению о реактивности при некоторых дерматозах. Дисс. докт., Донецк, 1968.

49. ХАРАБАДЖАХОВ К.К. Санация крупного очага лепры на Северном Кавказе (Ростовская область). Дисс. канд., Донецк, 1972.

50. ХАРАБАДЖАХОВ К.К., ГРЕБЕННИКОВ П.С. Краткий отчет о работе

противолепрозной экспедиции на Сахалине. В кн. Сборник научных работ по лепрологии и дерматологии. Ростов-на-Дону, 1956, №7, с. 439–441.

51. ШТЕЙН А.А. Индивидуальный план лечения больных лепрой и руководство лечебным процессом в лепрозориях. В кн. Сборник научных работ по лепрологии и дерматологии. Ростов-на-Дону, 1956, №7, с. 343–348.

52. ШУБИН В.Ф. Развитие советской лепрологии за 40 лет и перспективы борьбы с лепрой в СССР. В кн. Тезисы докладов Всесоюзного общества по вопросам лечения лепры. 25–27 ноября 1957 г., Астрахань, 1957, т. 3, с. 3–8.

53. KLEINE-NATROP Nikolai Aleksandrovich Torsuew zum 70. Der. Mschr., 1973, Bd. 159, №11, s. 1068–1069.

54. KLEINE-NATROP Nikolai Aleksandrovich Torsuew. Der. Vschr., 1978, Bd. 164, №12, 5. 920.

12.7. НАУЧНАЯ ШКОЛА ПРОФ. И.И. ПОТОЦКОГО

После окончания в 1924 г. медицинского факультета Саратовского университета Иван Иванович Потоцкий (1898–1978) работал сначала практическим врачом, а с 1929 г. — ординатором и ассистентом на кафедре кожных и венерических болезней Ташкентского медицинского института под руководством проф. А.А. Картамышева.

В 1935 г. вышло постановление о степенях и званиях сотрудников вузов и научно-педагогических кадров, на основании которого без защиты диссертации были присвоены ученые степени кандидата медицинских наук А.С. Зельмаловичу, Г.И. Уманскому, А.А. Аковбяну. К.П. Камзоловой и А.Я. Дегтярь. В период заведования кафедрой Ташкентского медицинского института под руководством проф. Картамышева было защищено семь кандидатских диссертаций: С.Х. Канина, К.М. Терновеко, С.М. Миленков, М. Мулдагазиев, П.Ф. Березина, Л.А. Элькинд и И.И. Потоцкий. В 1936 г. И.И. Потоцкий защитил кандидатскую диссертацию «Борьба с венерическими болезнями на транспорте», а в 1938 г. ему присвоено звание приват-доцента.



Рис.43. **И.И. Потоцкий (1898–1978)**

В дальнейшем И.И. Потоцкий более двух лет работал под руководством акад. Л.А. Орбели в Институте физиологии в Ленинграде, где выполнил докторскую диссертацию «Роль нервной системы при воспалительных

процессах кожи», которую в 1939 г. защитил в Киевском медицинском институте и издал ее в виде монографии. В этом же году он написал книгу «Венерические болезни на транспорте», сыгравшую положительную роль в борьбе с венерическими болезнями.

В этот период под руководством проф. А.И. Картамышева докторские диссертации защитили сотрудники руководимой им клиники С.М. Миленков и А.А. Аковбян.

Проф. А.И. Картамышев является учеником Киевской научной школы дерматовенерологов, где под руководством проф. А.М. Тычинского выполнил диссертацию, посвященную изучению обмена хлористого натрия и воды при пузырчатке. В 1952 г. А.И. Картамышев написал «Учебник кожных и венерических болезней», изданного на русском языке (1952, 1953, 1954, 1954) и на украинском (1955, 1957), автор монографии об основном веществе кожи и боевых отравляющих веществах (1932), о лечении кожных болезней внушением и гипнозом (1936, 1942, 1953). Вместе с В.А. Арнольд он составил руководство по врачебной косметике (1955, 1956, 1964). Под руководством А.И. Картамышева (1945–1952) защитили докторские диссертации 13 и кандидатские — 41 человек.

Таким образом, формирование научных взглядов И.И. Потоцкого проходило в основном на кафедре кожных и венерических болезней под руководством проф. А.И. Картамышева, учеником которого он и является. В развитии научной школы И.И. Потоцкого можно выделить три этапа.

Первый связан с заведованием кафедрой кожных и венерических болезней Дальневосточного медицинского института (1939–1945). За время заведования кафедрой дерматовенерологии Хабаровского медицинского института И.И. Потоцкий был также консультантом военных госпиталей Хабаровска и Комсомольска-на-Амуре. Под его руководством были выполнены три кандидатские и одна докторская диссертации, изданы два сборника научных трудов (1943–1944), одна монография — «Клиника, этиология и патогенез сальварсановых осложнений» (1944), в которой описаны неблагоприятные последствия при лечении больных сифилисом препаратами мышьяка — сальварсановый дерматит, гиперкератозы подошв, пигментные аномалии кожи, паравенозные инфильтраты, акне.

Во многих научных работах этого периода отстаиваются концепции нервизма в дерматологии. В 1940 г. была описана редкая форма остро протекающего парапсориаза, которая явилась третьим случаем этого дерматоза в отечественной медицинской литературе.

Рассматривая патогенез пигментно-папуллярной дистрофии кожи, проф. И.И. Потоцкий (1940) считает, что в основе патогенеза этого дерматоза лежат конституциональные факторы.

В 1940 г. во время заведования кафедрой кожных и венерических болезней Хабаровского медицинского института им впервые в советс-

кой дерматологии был описан случай клинического наблюдения поражения дрожжеподобным грибом рода Candida гладкой кожи.

В это время под его руководством Н.С. Филатова изучала аллергические реакции кожи, И.А. Шкловский определял значение окислительных процессов в развитии местных поражений кожи, А.И. Горбунов проводил лечение кожных больных переливанием крови, что и явилось основой их кандидатских диссертаций, Ф.С. Малышев (1940) изучал клинику сальварсановых экзантем и геморрагических пурпур при сальварсановой терапии. А.И. Горбунов (1944) исследовал поражение кожи при лимфатической лейкемии и ретикуло-эндотелиозе. На основании клинических наблюдений Горбуновым была предложена новая классификация кожных лейкемий по трем основным группам.

Совместно с А.И. Горбуновым проф. И.И. Потоцкий (1944) впервые в России применил трансфузии крови при лечении сифилиса, что явилось активным методом раздражающей терапии, свободным от грубых побочных воздействий на организм.

Важным научным клиническим исследованием явилась работа, проведенная Н.С. Филатовой (1944) по лечению акрихином фотодерматита и псориаза. Впервые в практике дерматологии проф. А.Я. Прокопчук предложил акрихин для лечения красной волчанки. Это новое направление в дерматологии в виде фотохимиотерапии псориаза и других дерматозов получило название ПУВА-терапия. Весомый вклад в разработку кандидозов в нашей стране внесли П.Н. Кашкин, А.Н. Аравийский, В.Я. Некачалов, Т.М. Капушина, Н.П. Блинов, А.М. Ариевич, З.Г. Степанищева, Н.Д. Шеклаков, В.М. Лещенко. Работы этих и других авторов послужили фундаментом для развития клинической микологии.

Второй этап (1945–1958) развития научной школы проф. И.И. Потоцкого проходил в период его заведования кафедрой кожных и венерических болезней Кубанского медицинского института. В это время определяются исследования по нескольким направлениям дерматовенерологии: экземе, рекулезам кожи, псориазу, проблемам курортного лечения болезней кожи, лепрологии, венерологии, грибковым и гнойничковым заболеваниям.

Сотрудники кафедры включились в борьбу с венболезнями, особенно с активными формами сифилиса, приступили к энергичному выявлению больных и одновременному поиску организационных путей по ликвидации его активных форм.

Ассистент М.А. Никифорова изучала особенности проявления вторичного сифилиса и лечения этих больных, заболевших в военное и послевоенное время. И.А. Улитина выявила большое число женщин, больных неведомым сифилисом, родивших детей с признаками врожденного сифилиса после Великой Отечественной войны (1941–1945). В.Г. Пшеничный исследовал рентгенографические изменения костей при врожденном сифилисе и у 250 детей выявил скрытые формы сифи-

лиса, родившихся от неполноценно лечившихся матерей, больных сифилисом.

Глубокое клиническое изучение и раннее специфическое лечение способствовали предупреждению развития у детей врожденного сифилиса.

Большим вкладом являются исследования лечения больных сифилисом арсеноксидами в комбинации с препаратами ртути. Под руководством проф. И.И. Потоцкого клиника кожных и венерических болезней Кубанского медицинского института впервые в нашей стране высказала мнение о слабых свойствах арсеноксидов, в частности и американского препарата мафарсена. Клинический ординатор Ю.С. Парфенчик изучал реактивность организма при сальварсановых и арсеноксидных пробах, в которых на большом клиническом материале убедительно доказала токсические свойства арсеноксидов. Н.Т. Быкова выполнила кандидатскую диссертацию «Материалы к изучению сравнительных исследований функции печени при ранних формах сифилиса» (1954), а А.А. Борисова (1955) изучала функцию почек при лечении сифилиса, что послужило основой ее кандидатской диссертации. Сальварсановые осложнения при лечении больных сифилисом под руководством Потоцкого изучал также Т.И. Нестеренко. В.Н. Беднова изучала развитие бледной трипонемы.

Под руководством проф. И.И. Потоцкого научный материал Н.Т. Быковой был оформлен и издан в виде монографии под названием «Функциональная патология печени при ранних формах сифилиса» (1958).

В докладе на пленуме ученой комиссии отдела борьбы с венерическими заболеваниями Министерства здравоохранения СССР и медобластном совещании (1946–1947) проф. И.И. Потоцкий указал на токсичность арсеноксидов, особенно отражающихся на состоянии нервной системы, а также на частые и ранние рецидивы сифилиса.

С 1950 г. в стране начали проводить лечение больных сифилисом пенициллином в сочетании с лихорадкой. С этой целью проф. И.И. Потоцкий и В.П. Нестеров (1958) применяли 2% взвесь серы в персиковом масле по методике, разработанной проф. А.А. Студиницыным (1958). Наблюдения в течение 4–8 лет за больными первичным и вторичным свежим сифилисом показали эффективность этого метода лечения. Слабый терапевтический эффект наблюдался при резистентных формах скрытого вторичного, третичного и врожденного сифилиса.

По предложению проф. И.И. Потоцкого применялась также неспецифическая стимулирующая терапия, проводимая одновременно со специфическим лечением. Большое внимание уделялось внутригрудинным гемотрансфузиям, стимулирующих реактивность организма и усиливающих деятельность организма в борьбе с сифилитической инфекцией. Эту работу в качестве диссертации выполнил ординатор клиники

М.А. Карагезян (1953). Необходимо также отметить, что методика внутригрудинных трансфузий иногруппной крови получила применение в госпитале инвалидов Отечественной войны, в хирургической, терапевтической клиниках и других лечебных учреждениях.

Для выявления причин заболеваемости третичным, бытовым и врожденным сифилисом ординатор вендиспансера Т.Т. Титова под руководством И.И. Потоцкого изучала динамику заболеваемости венерическими болезнями на Кубани с 1890 по 1955 гг.

В то же время И.И. Потоцкий был консультантом Ново-Покровского санатория и Сочинских санаториев «Звездочка» и «Радуга», благодаря чему улучшилось лечение больных и научная работа практических врачей.

В 1934 г. при бальнеологической клинике Центрального института курортологии было открыто дерматологическое отделение, которое в 1936 г. было реорганизовано в Сочинский бальнеологический институт.

И.И. Потоцкий (1966) указывал, что лечебный эффект мацестенских ванн у больных псориазом зависит от комплексного действия раздражителей, среди которых активный сероводород выполняет основную терапевтическую роль. Успешно продолжал исследования в этом направлении ординатор дерматологического санатория «Звездочка» И.А. Жуков, материалы которого послужили основой его кандидатской диссертации. Она была одобрена известным специалистом гипноза советской медицины проф. К.И. Платоновым. Ординатор этого же санатория Е.П. Смирнова занималась лечением различных дерматозов на курорте Сочи-Мацеста. В 1952 г. был издан сборник научных работ «Вопросы дерматологии на курорте Сочи-Мацеста», в который вошла 21 работа, посвященная лечению кожных болезней сульфидными минеральными ваннами. После него был подготовлен к печати второй сборник. Всего под непосредственным руководством проф. И.И. Потоцкого сотрудниками санаториев было выполнено 33 научных работы.

Сотрудники кафедры проф. И.И. Потоцкого изучали также действие псекупских минеральных вод (Горячий Ключ) при кожных заболеваниях. Всесоюзная здравница Сочи-Мацеста постоянно получала консультативную помощь и научно-методическое руководство. В 1958 г. И.И. Потоцкий изучал лечебные свойства при кожных болезнях нефтесана (тяжелой кубанской нефти).

Необходимо отметить также, что большой научный вклад в развитие курортного лечения в Сочи-Мацесте имели исследования Г.И. Мещерского, М.А. Розентула, В.И. Сухарева и особенно А.Н. Лаврова, который в 1948 г. защитил докторскую диссертацию «Лечение заболеваний кожи на курорте Сочи-Мацеста».

В 1953 г. под руководством проф. И.И. Потоцкого был издан «Библиографический указатель научных работ по дерматовенерологии врачей Кубани с 1900 по 1953 гг.».

В этот период И.И. Потоцкий закончил работу над монографией «Микробная экзема» (1952).

При изучении гиперергическо-аллергических воспалительных процессов в коже, при воздействии на нее химических веществ И.И. Потоцкий указал, что определенное значение при этом имеет нервная система, объединяющая все функции организма и, прежде всего, регулирующая взаимоотношения организма с внешней сферой.

Было отмечено благоприятное воздействие сероводородных источников Мацесты при лечении микробной экземы. Более умеренное воздействие больных экземой наблюдалось после проведения суггестивной терапии в гипнозе в сочетании с другими курортными факторами.

Под руководством проф. И.И. Потоцкого клинический ординатор Г.С. Цераидис применил метод клинического и гистологического изучения псориаза. Он доказал важную роль нервной системы в патогенезе чешуйчатого лишая и наметил пути терапии этого заболевания путем воздействия на ЦНС (облучение позвоночника малыми дозами рентгена). Свои исследования он оформил в виде кандидатской диссертации (1950).

Углубленная гистологическая работа кафедры И.И. Потоцкого выполнялась не только с помощью известных методов окраски и импрегнации, но и по разработанной им модификации импрегнации нервных волокон в коже человека. Внесен также ряд изменений в методику обезвоживания биопсированных кусочков кожи, выработана модификация импрегнации дендритических клеток Лангерганса.

В этот период начата разработка учения о ретикулезах кожи, которые отличаются своим полиморфизмом, похожими на специфические и неспецифические гемодермии. Отличительная диагносгика ретикулеза кожи решается гистологическим исследованием.

Тогда же проф. И.И. Потоцкий описал несколько редких дерматозов, в частности клинику, патогенез и лечение хронической кожной порфирии у взрослых в историческом аспекте и др.

С 1950 г. проф. И.И. Потоцкий был консультантом Абинского лепрозория, куда в 1941 г. были эвакуированы все больные и медики из лепрозория «Крутые Ручьи» Ленинградской области, а осенью 1942 г. вместе с Холмским лепрозорием он был эвакуирован в Казахстан. В 1943 г. началось восстановление сильно пострадавших построек лепрозория. В 1944 г. в нем были уже размещены больные, а с 1945 г. он вновь начал нормально функционировать. С 1945 г. Абинский клинический лепрозорий был объединен с Холмским, а с 1948 г. сюда были переведены больные из ликвидированного Краснодарского экспериментально-клинического лепрозория.

В лепрозории проводилась большая работа, касающаяся ознакомления врача с клиникой и диагностикой лепры. С 1949 по 1955 гг. на амбулаторное лечение было выписано 126 больных лепрой.

Под руководством И.И. Потоцкого изучением лепры занимались М.А. Эльфонд, Л.М. Хасабов и Т.Н. Злочевская. М.А. Эльфонд изучал функциональное и гистологическое состояние нервных рецепторов и нервных пучков у лепрозных больных на тех участках кожи, которые обычно не поражаются лепрой. Своими исследованиями он показал, что с начала заболевания лепрой весь организм вовлекается в патологический процесс, во время хоторого происходит нарушение функционального состояния нервной системы.

Л.М. Хасабов путем клинического обследования больных, функциональных проб и гистологического изучения нервных окончаний и аргентофильных волокон кожи на симметричных участках кожи у лепрозных больных показал участие нервной системы и значение реактивности организма в патологическом процессе.

Изучая нервные окончания в коже больных лепрой, И.И. Потоцкий и Л.М. Хасабов установили, что наибольшим изменениям подвергаются нервные волокна сосочкового слоя дермы. Это заключение подкрепляется законом Дегио-Герлаха.

Т.Н. Злочевская (1956) изучала патогенез лепры. Она применяла для этой цели кропотливые гисто-функциональные исследования, обращая особое внимание на изучение соединительной ткани (эластических и коллагеновых волокон), нервных окончаний кожи, аргентофильных волокон и дендритических клеток. Проведенные ею исследования послужили основой кандидатской диссертации. До этого исследования в отечественной литературе имелась лишь одна работа по изучению эластических волокон по лепре, выполненная доцентом этой клиники Г.П. Милаш.

Изучением грибковых заболеваний занимался ассистент клиники В.И. Яковлев, который провел исследовательскую работу по изучению ногтей, пораженных грибами. Большой труд В.И. Яковлева был оформлен в виде кандидатской диссертационной работы «Клиника и патогенез эпидермофитийного онихомикоза» (1950), которая была успешно защищена в Ростовском мединституте.

Изучением грибковых заболеваний занимались также ординатор крайвендиспансера В.Л. Фурштейн, И.Д. Блохин и другие.

Под руководством проф. И.И. Потоцкого впервые в стране создана передвижная рентгеновская установка для рентгенэпиляции волосистой части головы у больных грибковыми заболеваниями. Конструктором этой установки является инженер И.И. Исаенко, помогала ему врач М.С. Басакова.

В 1954 и 1955 гг. был разработан план рациональной борьбы с гнойничковыми заболеваниями среди рабочих МТС и совхозов. Большую практическую работу в этом деле провели О.И. Маркарьян и Р.З. Файзуров.

Во время заведования кафедрой кожных и венерических болезней Кубанского медицинского института проф. И.И. Потоцкий занимался

подготовкой кадров по специальной программе. Каждый врач должен был за 2–4 месяца изучить теоретические основы дерматовенерологических заболеваний, сдать не менее пяти зачетов ассистенту, а по прохождении курса подготовки — экзамен профессору. Лечение больных должно проходить под руководством ассистента с применением всех современных активных методов лечения. За три года было подготовлено 60 врачей и 25 рентгенотехников.

Сотрудниками кафедры составлялись методические письма для венорганизаций края, проводились теоретические конференции. Планировались поездки по районам и городам Краснодарского края на межрайонные совещания врачей различных специальностей, читались лекции, осуществлялся контроль и оказывалась методическая помощь ве-норганизациям, проводились консультации больных. За 1950–1951 гг. кафедра проводит 7 декадников по подготовке и переподготовке врачей.

Всего за 13 лет заведования кафедрой кожных и венерических болезней Кубанского медицинского института под руководством проф. И.И. Потоцкого подготовлено к защищено 8 кандидатских и 1 докторская диссертация.

Первый кожно-венерологический диспансер на Кубани был открыт в 1923 г. в Краснодаре. Заведовал им М.А. Буй.

Третий этап развития научной школы проф. И.И. Потоцкого проходил в Киеве вначале на кафедре кожных и венерических болезней Института усовершенствования врачей (1958–1960), а затем Медицинского института (1960–1974). В этот период научные исследования были направлены на изучение псориаза, экземы, хронической крапивницы, хронической красной волчанки, ретикулезов кожи, лимфогранулематоза, ангиофиброретикулеза, саркоидоза, мастоцитоза, грибовидного микоза, аутоаллергических процессов тканевого дыхания и анаэробного гликолиза в коже при хронических дерматозах.

В 1958 г. И.И. Потоцкий впервые сделал попытку классифицировать кожные проявления при лейкозе.

Углубленное изучение состояния кожного покрова при лимфогранулематозе о грибовидном микозе позволило И.И. Потоцкому обобщить исследования, опубликованные под названием «Заболевания кожи при нарушениях кроветворения» в «Руководстве по дерматовенерологии» (т. 3, гл. XIX, М., 1964).

Позднее он описал меланодермию и неспецифические высыпания у больных лимфогранулематозным поражением желез внутренней секреции и солнечного сплетения.

Лейкодермическую эритродермию описали Г.Х. Хачатурян (1962), И.И. Потоцкий (1965); доброкачественный лимфаденоз кожи — Г.Э. Шинский (1965), изменения кожи и приферической крови при лимфогранулематозе М.С. Каплун (1961, 1962). В.Н. Андрианова и С.И. Позен (1966)

наблюдали генерализованный гангренозный опоясывающий лишай на фоне лимфаденоза.

Одновременно изучались грибковые заболевания кожи, профессиональные дерматозы, проблемы курортной терапии некоторых дерматозов, новые методы лечения сифилиса.

Проводимые под руководством проф. И.И. Потоцкого оригинальные исследования гликолиза ферментов тканевого дыхания, иммунологических реакций при хронических дерматозах явились новым научным направлением в советской дерматологии. Усилению активности гликолитических дерматозов и тканевого дыхания, изменению активности обмена кислот цикла Кребса и макроэргических соединений, а также увеличению потребления кислорода при некоторых дерматозах было посвящено несколько кандидатских и докторских диссертаций.

Много внимания уделялось проблеме этиологии, патогенеза, лечения псориаза. В частности, И.И. Потоцкий предложил безмазевые методы лечения псориаза, хронической экземы и нейродермита, основанные на применении зонального облучения ультрафиолетовыми лучами с учетом степени пигментации кожи. Только по проблеме псориаза было выполнено семь диссертаций. Значительное место при этом уделялось исследованиям окислительно-восстановительного, гистохимического и гистоиммунологического процессов в коже. Изучались также величина тканевого дыхания и скорость гликолиза (1969).

Проблемой газообмена через кожу при экземе и псориазе под руководством И.И. Потоцкого занимались врачи клиники Е.И. Дяченко и А.П. Щербаков. Восстановление дыхательной функции кожи ускоряло излечение таких больных.

Патогенез экземы изучали Е.М. Смирнова, Е.И. Дяченко, Н.А. Леоненко, А.П. Щербаков и др. При исследовании потоотделения при экземе было доказано участие в этом процессе рефлекторной деятельности, отличающейся инертностью и медлительностью. Участие кортикальных механизмов в процессах терморегуляции указывает о функциональных нарушениях нервной деятельности у больных экземой. Реакция теплоотдачи отражает течение ответных реакций центральной нервной системы на внешние раздражители. Т.Т. Глухенький придавал большое значение в патогенезе экземы и псориаза нарушению обмена веществ.

С.И. Новосел изучал изменение окислительно-восстановительных процессов в коже больных экземой, Д.Д. Рудяга — нарушение функции желудочно-кишечного тракта у больных экземой, Н.А. Леоненко занимался лечением варикозных язв и околораневой микробной экземы, что явилось основой его кандидатской диссертации.

Н.Е. Никифорова изучала аминокислотный обмен у больных псориазом. Е.И. Дяченко установил прямую зависимость при экземе кожного газообмена от степени выраженности воспалительной реакции кожи.

Исследования по газообмену кожи, тканевому дыханию и анаэробному гликолизу в ней при экземе послужили основой его кандидатской диссертации. А.П. Щербаков выполнил и защитил кандидатскую диссертацию, посвященную изучению газообмена через кожу при псориазе.

А.А. Свирид (1971) исследовала тканевое дыхание и сопряженное с ним фосфорилирование в коже больных псориазом. Было сделано заключение о зависимости скорости эстерификации неорганического фосфора в коже больных псориазом в процессе окислительного фосфорилирования от стадии заболевания, степени поражения кожного покрова и топографического расположения кожи. Изучением активности некоторых окислительно-восстановительных ферментов в коже больных псориазом под руководством проф. И.И. Потоцкого занималась также Д.Я. Головченко. Материал явился основой ее кандидатской диссертации.

В.А. Гребенников (1969) провел гистопатологические исследования кожи у больных псориазом. Динамика гистохимических сдвигов в различных стадиях псориаза объясняется различной степенью сенсибилизации организма, подтвержденная иммунологическими методами исследования. Проведенные разработки В.А. Гребенникова явились основой его кандидатской диссертации.

Комплексным лечением больных псориазом и экземой занималась аспирантка И.И. Потоцкого М.Е. Кобзарь, защитившая кандидатскую диссертацию на эту тему.

Ученик И.И. Потоцкого И.Н. Лященко в докторской диссертации сопоставил динамические колебания энзиматической активности количественного содержания микроэлементов в биологических сферах, функционального состояния органов и систем, а также данные проб неспецифической реактивности организма при псориазе.

И.И. Потоцкий в 1961 г. при лечении артропатического псориаза отмечал возросший лечебный эффект. Он также изучал влияние комплекса курортных факторов на эффективность лечения псориаза в условиях Сочи-Мацеста.

И.И. Потоцкий и И.Н. Лященко (1966) утверждали, что эффективность лечения псориаза прямо пропорциональна концентрации меди в крови и степени пигментации кожи после воздействия ультрафиолетовых лучей.

Научные исследования, посвященные биохимическим и иммунологическим изменениям в коже, функциональным нарушениям внутренних органов и кожного покрова, активности ферментов углеводно-фосфористого обмена в коже, циклу трикарбоновых кислот и ферментов переаминирования кислот, а также новым методам лечения больных псориазом, обобщены в монографии проф. И.И. Потоцкого с соавторами «Чешуйчатый лишай» (1979).

Докторская диссертация ученика И.И. Потоцкого В.Т. Коляденко посвящена изучению активности некоторых ферментов терминального

окисления и цикла Кребса с учетом данных гемодинамики и напряжения кислорода в коже при экземе и хронической крапивнице.

Н.М. Левковский проводил исследования по изучению патогенеза и лечению хронической красной волчанки.

Г.С. Белова исследовала у больных хронической красной волчанкой пораженную кожу прямым иммуноморфологическим методом Кумбса.

Аутоиммунологические процессы при выраженных эритродермиях и хронической красной волчанке изучали Ю.А. Родин, Г.С. Белова и другие ученики проф. И.И. Потоцкого. Они применяли люминесцентоморфологический метод выявления глобулинов в пораженной коже.

Много внимания уделялось изучению ретикулезов кожи. Грибовидный микоз И.И. Потоцкий относил к заболеваниям метапластического злокачественного ретикулеза, а лимфогранулематоз рассматривал как разновидность ретикулеза, которые могут протекать с выраженным опухолевидным ростом.

Н.С. Куценко по клиническим и экспериментальным материалам показала возможность существования амилоидоза кожи как самостоятельной формы заболевания. Проведенные ею исследования послужили основой ее кандидатской диссертации.

Сотрудник клиники И.И. Потоцкого Е.Д. Осадчий предложил классификацию розацеа, основанную на гистоморфологической структуре высыпных элементов.

Для лечения эпидермофитии и кандидозов И.И. Потоцким были предложены эсулановая мазь, каприлат натрия и каприлат аммония, дибромсалициланид, ДИХАСК (2-хлоранилид 5-хлорсалициловая кислота) и другие, которые оказались эффективными и при лечении псориаза.

За предложенные методы лечения грибковых заболеваний кожи И.И. Потоцкий получил пять авторских свидетельств.

Большое внимание уделялось профессиональным заболеваниям кожи. С созданием новой группы синтетических эпоксидных смол под руководством проф. И.И. Потоцкого был начат ряд исследований по изучению влияния этих химических веществ на организм человека. Л.П. Цыркунов наблюдал больных с дерматозами, вызванными воздействиями эпоксидных смол. Впервые в отечественной практике он использовал тест дегрануляции базофилов (проба Шелли) для диагностики аллергических профдерматозов. Т.Ф. Заварова изучала дерматиты от воздействия на кожу полирита и венилтрихлорсилана и разработала профилактические меры борьбы с ними.

С 1958 г. Л.П. Цыркунов работал в Киевском НИИ гигиены труда и профзаболеваний. В 1973 г. он защитил докторскую диссертацию по проблеме клинико-экспериментального изучения профессиональных дерматозов от воздействия некоторых химических веществ. Большая часть его научных исследований посвящена аллергическим заболеваниям кожи, вопросам организации борьбы с профессиональными дерматозами на

Ухраине. Им опубликовано около 200 научных работ, в том числе 6 монографий, несколько методических рекомендаций по различным вопросам дерматологии, сделаны доклады на международных съездах и конгрессах дерматологов.

В этот же период научной деятельности проф. И.И. Потоцкого особенно ярко определилась его роль как главы научной школы.

В 1963 г. им усовершенствованы современные методы лечения сифилиса. Совместно с М.Н. Богдановичем была установлена более высокая разовая и курсовая доза пенициллина, позволившая сократить сроки пребывания больного в стационаре. Лечение по этой методике проводили также А.И. Войцеховская и И.Л. Пархоменко.

Проф. И.И. Потоцкий предложил также одновременное применение пенициллина и висмутовых препаратов (бисмоверол, бийохинол). Срок лечения сокращается на 15–30 дней. Усовершенствуя этот метод, И.Л. Пархоменко для лечения больных заразными формами сифилиса применила бициллин-б в сочетании с висмутом и также наблюдала хорошие клинические результаты лечения по этому методу, что послужило основой ее кандидатской диссертации.

Заслуживают внимания работы научных работников клиники в области гистопатологии кожи здоровых и больных хроническими дерматозами людей пожилого и старческого возраста.

Под руководством проф. И.И. Потоцкого коллектив кафедры постоянно поддерживал тесный контакт с практическими врачами и сотрудниками медицинских вузов страны. Осуществлялась плановая организационная борьба с грибковыми заболеваниями в Тернопольской области. Так, практический врач А.С. Дембович один из первых в стране экспериментально показал роль каратофилов в патогенезе стригущего лишая человека, переносчиками которого являются полевые серые мыши. Другой практический врач С.А. Просинкевич (Чертковский район) доказал распространение микозов среди детей, школьников и взрослого населения. За выполнение этих работ обоим врачам присуждена степень кандидата медицинских наук.

Сельский врач П.М. Зорин под руководством проф. И.И. Потоцкого выполнил диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему «Терапевтическая эффективность йодо-бромной воды Ахтырского источника при некоторых дерматозах», И.С. Битер проводила лечение больных с некоторыми дерматозами белоцерковными родоновыми источниками, Л.Ф. Коринская занималась организацией борьбы с сифилисом, а Т.М. Погареная (1963) — с гонореей в Тернопольской области.

Проф. И.И. Потоцкий большое внимание уделял профессиональной трихофитии среди работников животноводческих ферм, вопросам борьбы с венерическими болезнями среди жителей сельской местности.

И.И. Потоцким опубликовано около 400 научных статей, 11 монографий, 7 работ — в зарубежных изданиях.

В 1977 г. И.И. Потоцкий написал монографию «Гиперкератозы», в которой представлены многообразные клинические формы заболевания, известного под названием кератодермий. После описания каждой болезни приводятся основные методы лечения. Другая монография *И.И. Потоцкого «Заболевания кожи при лейкозах» (1978)* явилась результатом многолетнего изучения одного из важнейших разделов клинической дерматологии. Этот труд посвящен изучению кожи при заболеваниях крови, их диагностике и лечению. Многолетние клинические наблюдения и исследования больных с различными формами ретикулеза кожного покрова были обобщены в монографии «Ретикулезы кожи» (1979). В 1978 г. был издан с проф. Н.А. Торсуёвым «Учебник кожных и венерических болезней» для студентов медицинских институтов и учебник для медицинских училищ «Кожные и венерические болезни» на украинском языке, выдержавший два издания (1979, 1981). Для практических врачей и студентов И.И. Потоцкий написал «Справочник дерматовенеролога», изданный в 1976 и 1983 гг. Ценным практическим руководством для венерологов, гинекологов и педиатров явилась книга «Заболевания мочевыделительных органов у девочек» (1970), написанная совместно с Е.Г. Шеремет на украинском языке.

В книге «Ихтиоз», изданной в 1981 г., И.И. Потоцкий описал картину этого заболевания. Отмечено значение наследственной теории возникновения дерматоза. Детально освещена профилактика, облегчающая состояние больных. Под руководством проф. И.И. Потоцкого вышло 9 сборников научных работ.

Много труда и энергии И.И. Потоцкий вкладывал в подготовку научных и педагогических кадров. Под его руководством докторские диссертации выполнили: Т.Т. Глухенький (зав. кафедрой Тернопольского мединститута), Ю.А. Родия (Симферополь), В.А. Гребенников (Чита) и др. Всего было выполнено и защищено 50 кандидатских и 11 докторских диссертаций. Некоторые его ученики заведуют кафедрами в медицинских и научно-исследовательских институтах страны: Ставропольском (П.М. Зорин), Тернопольском (Т.Т. Глухенький), Киевском (В.Г. Коляденко), Симферопольском (Ю.И. Родин), Винницком (И.Н. Ляшенко), Саратовском (С.И. Довжанский), Ростовском (В.А. Гребенников) и др.

И.И. Потоцкий всегда сочетал научную и педагогическую работу с общественной деятельностью.

В 1967 г. он избирается председателем правления Киевского общества дерматовенерологов, заместителем у него работает проф. К.А. Калантаевская, секретарем правления — Н.М. Левковский. Под руководством И.И. Потоцкого, имевшего большой опыт работы в Хабаровске, Краснодаре и других городах, на обществе читались научные и органи-

зационные доклады, демонстрировались эксвизитные больные. Ежегодно осуществлялись выездные сессии по Киевской области в Белую Церковь, Барышевку, Житомир, Черкассы, Чернигов и другие города. Период работы общества под руководством И.И. Потоцкого был особенно полнокровным. В это время был издан сборник работ сотрудников кафедры Киевского медицинского института «Актуальные вопросы дерматологии» под редакцией д-ра мед. наук Н.М. Левковского и при содействии профессоров И.И. Потоцкого, К.А. Калантаевской и доктора мед. наук И.В. Шуцкого «Труды Киевского общества дерматологов», в которых было опубликовано 73 работы.

После смерти И.И. Потоцкого в 1978 г. председателем общества избирается молодой профессор, главный дерматолог Минздрава УССР, заведующий кафедрой дерматологии Киевского института усовершенствования врачей Б.Т. Глухенький, его заместителем — заведующий кафедрой дерматологии КМИ профессор В.Г. Коляденко, секретарем правления д-р мед. наук, доцент кафедры Н.М. Левковский.

На протяжении многих лет И.И. Потоцкий был председателем Хабаровского, Кубанского, Киевского научных обществ дерматологов, Украинского республиканского научного общества, главным дерматологом Министерства здравоохранения Украины, членом экспертной Высшей аттестационной комиссии, членом редакционной коллегии ВМЭ и журнала «Вестник дерматологии и венерологии». И.И. Потоцкий был избран почетным членом 18 советских и болгарского научных обществ дерматологов.

Таким образом, научная школа проф. И.И. Потоцкого в дерматологии и венерологии прошла несколько этапов, имеет свои характерные особенности. Она продолжала развивать идеи нервизма в советской дерматологии, создала оригинальное учение о состоянии окислительно-восстановительных процессов в коже при некоторых дерматозах, развила учение о поражениях кожи при заболеваниях кроветворных органов, изучала иммунологическую реактивность кожи.

Научная школа проф. И.И. Потоцкого приняла форму нового направления в исследовательской деятельности, особенно в период его работы в Киеве, когда авторитет ее лидера был особенно высок.

Ученики научной школы проф. И.И. Потоцкого: В.Н. Беднова, Г.С. Белова, М.Н. Богданович, А.А. Борисова, Н.Т. Быкова, А.И. Войцеховская, Д.Я. Головченко, А.И. Горбунов, В.А. Гребенников, Т.Т. Глухенький, А.И. Дембович, С.И. Довжанский, Е.И. Дьяченко, Н.И. Ермаков, И.А. Жуков, Т.Ф. Заварова, Т.Н. Злочевская, П.М. Зорин, М.А. Карагезян, Э.Б. Кобзарь, В.Г. Коляденко, Л.Ф. Коринская, Н.С. Куценко, Н.М. Левковский, Н.А. Леоненко, И.Н. Ляшенко, Ф.С. Малышев, Т.М. Макарьян, О.И. Маркарьян, Г.И. Милаш, П.Н. Недобой, Т.И. Нестеренко, В.П. Нестеров, М.А. Никифорова, Е.Д. Осадчий, И.Л. Пархоченко, Ю.С. Парфеичик, Т.М. Погарская, К.С. Просинкевич, В.Г. Пшеничный, Ю.А. Родин, А.А. Свирид, Е.М. Смирнова, Т.Т. Титова, И.А. Улитина, Н.С. Филатова, Л.М. Хасабов,

Г.С. Цераидис, Л.П. Цыркунов, И.А. Шкловский, А.П. Щербаков, М.А. Эльфонд, В.И. Яковлев.

Литература

1. БЕДНОВА В.Н. Значение зерен-гранул культуральной бледной трепонемы для развития этой трепонемы. Канд. дисс., Краснодар, 1957.

2. БЕЛОВА Г.С. Гистологические, гистохимические и иммунологические изменения при дискоидной эритематозной волчанке. Дисс. канд., Киев, 1969.

3. БОГДАНОВИЧ С.Н. Научная деятельность дерматологической клиники Киевского медицинского института в послевоенный период. В кн.: Актуальные вопросы дерматологии. Киев, 1968, вып. 1, с. 3—17.

4. БОРИСОВА А.А. Материалы к изучению функциональной способности почек при сифилисе. Канд. дисс., Краснодар, 1955.

5. БЫКОВА Н.Т. Материалы к изучению функций печени при ранних формах сифилиса. Канд. дисс., Сталинград, 1954.

6. ВОЙЦЕХОВСКАЯ А.И. Лечение сифилиса пенициллином в сочетании с препаратами висмута. Дисс. канд., Киев, 1969.

7. ГОЛОВЕНКО Д.Я. Изменение активности некоторых окислительно-восстановительных ферментов в коже больных псориазом. Автореф. канд. дисс., Киев, 1969.

8. ГОРБУНОВ А.И. Поражение кожи при лимфатической лейкемии и ретикуло-эндотелиозе, В кн.: Вопросы дерматологии и венерологии. Хабаровск, 1944, с. 93—113.

9. ГОРБУНОВ А.И. Лечение кожных болезней переливанием крови. Канд. дисс. Хабаровск, 1941.

10. ГРЕБЕННИКОВ В.А. Клиническое, гистологическое и иммунологическое изучение псориаза. Автореф. канд. дисс, Киев, 1969.

11. ГРЕБЕНЮК И.И., КРЮЧКОВА Г.Я. Краснодарскому городскому кожно-венсрологическому диспансеру — 50 лет. В кн.: Материалы I научно-практической конференции дерматовенерологов г. Краснодара. Краснодар, 1979, с. 3—6.

12. ГЛУХЕНЬКИЙ Т.Т. Роль обмена веществ в патогенезе экземы и чешуйчатого лишая. Автореф. докт. дисс., Львов, 1955.

13. ДЕМБОВИЧ А.И. Материалы по эпидемиологии грибковых заболеваний в Тернопольской области и опыт борьбы с ними. Канд. дисс., Тернополь, 1963.

14. ДЯЧЕНКО Е.И. Изучение газообмена через кожу, тканевого дыхания и анаэробного гликолиза в ней при экземе. Автореф. канд. дисс., Киев, 1967.

15. ЖУКОВ И.А. Гипнопсихогерапия кожных больных в комплексе с лечебными факторами курорта Сочи—Мацеста. Канд. дисс., Сочи, 1956.

16. ЗОРИН П.М. Терапевтическая эффективность йодо-бромной воды Ахтырского источника при некоторых дерматозах. Канд. дисс., Волгоград, 1965.

17. ЗЛОЧЕВСКАЯ Т.Н. Материалы к изучению лепры методом функциональных и гистологических исследований кожи. Канд. дисс., Сталинград, 1956.

18. КАРАГЕЗЯН М.А. Стимулирующая роль внутригрудинных трансфузий крови в терапии сифилиса. Канд. дисс., Львов, 1953.

19. КАШКИН П.Н., ШЕКЛАКОВ Н.Д. Руководство по медицинской микологии. М., 1978.

20. КОБЗАРЬ Э.Б. Лечение физкультурой в комплексном лечении больных псориазом и экземой. Канд. дисс., Киев. 1964.

21. КОЛЯДЕНКО В.Г., ШАПОШНИКОВ О.К. К 100-летию кафедры дерматовенерологии Киевского медицинского института им. акад. А.А. Богомольца. Вестник дерматологии и венерологии. 1984, №9, с. 72—76.

22. КОЛЯДЕНКО В.Г. Киевская клиника кожных болезней и ее роль в становлении и развитии отечественной дерматовенерологии. Вестник дерматологии и венерологии. 1977, №10, с. 40—42.

23. КУЦЕНКО Н. С. Клиническое и экспериментальное изучение амилоидоза кожи. Канд. дисс., Киев, 1963.

24. ЛЕВКОВСКИЙ Н.М. Кафедра дерматологии КМИ в становлении общества дерматовенерологов г. Киева. В кн: Патогенез и терапия распространенных хронических дерматозов и венерических болезней. Киев, 1983, с. 132—138.

25. ЛЕОНЕНКО Н. А. Клиника, патогенез и лечение трофических язв и паразненной микробной экземы. Канд. дисс., Киев, 1970.

26. ЛЯШЕНКО И.Н. Изучение обменных процессов и ферментативной активности при псориазе. Автореф. докт. дисс., Одесса, 1972.

27. МАЛЫШЕВ Ф.С. К вопросу о сальварсановых экзантемах. В кн: Труды Хабаровского медицинского института. Сб. №7. Хабаровск, 1940, с. 3—8.

28. МИЛАШ Г.П. Об изменении эластической ткани при проказе. В кн.: Труды Кубанского государственного медицинского института. Краснодар, 1934, вып. 2, с. 17—21.

29. МИРАХМЕДОВ У. М. 70 лет кафедры дерматологии и венерологии Ташкентского медицинского института. Вестник дерматологии и венерологии. 1930, №11, с. 64—66.

30. НЕСТЕРЕНКО Т.И. Материалы к изучению сальварсановых осложнений. Канд. дисс., Краснодар, 1953.

31. НИКИФОРОВА К.Е. К вопросу об аминокислотном обмене у больных псориазом. Канд. дисс., Саратов, 1964.

32. ОСАДЧИЙ Е.Д. Клиника, патогенез и лечение розацеса. Канд. дисс., Киев, 1967.

33. ПАРФЕНЧИК Ю.С. Реактивность кожи при сальварсановых и арсеноксидных пробах (клинико-экспериментальное исследование). Канд. дисс., Киев, 1950.

34. ПАРХОМЕНКО И.А. Эффективность одновременного применения бициллина-6 и бисмоверола при лечении заразных форм сифилиса с учетом динамики содержания некоторых микроэлементов в крови. Канд. дисс., Киев, 1971.

35. ПОТОЦКИЙ И.И. Основные направления научной деятельности кожной клиники Киевского медицинского института. В кн: Актуальные вопросы дерматологии. Киев, 1972, с. 5—24.

36. ПОТОЦКИЙ И.И., ЩЕРБАКОВ А.П. Влияние кислородной терапии на газообмен через кожу при псориазе. Врачебное дело. 1972, №12, с. 100—103.

37. ПОТОЦКИЙ И.И. Тканевое дыхание и анаэробный гликолиз при экземе в пожилом и старческом возрасте. В кн.: Патогенез и терапия дерматозов. Львов, 1969, с. 33—36.

38. ПОТОЦКИЙ И.И., ЗАБОЛОТСКАЯ Е.В. Об аллергических изменениях сосудов, обусловленных грибами рода Candida. Вестник дерматологии и венерологии. 1969, №12, с. 11—16.

39. ПОТОЦКИЙ И.И. Отдаленные результаты пиро-пенициллинотерапии сифилиса. Вестник дерматологии и венерологии. 1968, №4, с. 60—62.

40. ПОТОЦКИЙ И.И., БОГДАНОВИЧ С.Н. Опыт сокращенного срока лечения заразных форм сифилиса. Врачебное дело, 1968, №2. с. 85–90.

41. ПОТОЦКИЙ И.И., ХАСАБОВ Л.М. Гистологические изменения нервных волокон во внешне неизменной коже при лепре. В кн.: Ученые записки Института по изучению лепры. Астрахань, 1968, №5(10), с. 536–599

42. ПОТОЦКИЙ И.И. Неспецифические поражения кожи при лимфогранулематозе (лимфогранулиды). Вестник дерматологии и венерологии. 1965, №2, с. 16–22.

43. ПОТОЦКИЙ И.И. Клиника, патогенез и лечение хронической кожной порфирии у взрослых. В кн.: Вопросы патогенеза и терапии важнейших дерматозов. Киев, 1967. с. 136–141.

44. ПОТОЦКИЙ И.И. Влияние комплекса курортных факторов на эффективность лечения псориаза в условиях Сочи-Мацесты. Вестник дерматологии и венерологии. 1963, №16, с. 21–23.

45. ПОТОЦКИЙ И.И., ПОГАРСКАЯ Т.М. Организация борьбы с гонореей в Тернопольской области. В кн: Материалы межобластной конф. дерматовенерологов. Хмельницкий. 1963, с. 6–7.

46. ПОТОЦКИЙ И.И., КОРИНСКАЯ Л.Ф. Организация борьбы с сифилисом в Тернопольской области за 10 лет (1952–1961). В кн.: Материалы межобластной конф. дерматовенерологов. Хмельницкий, 1968, с. 8–9.

47. ПОТОЦКИЙ И.И. Новый противодрожжевой препарат-каприлат аммония в практике лечения заболеваний мочеполовых органов. В кн.: Научн. сессия, посвященная 100-летию Харьковского научн. мед. общества 17–18 октября 1968, Харьков, 1968.

48. ПОТОЦКИЙ И.И. Поражение кожи при хроническом лимфолейкозе. Вестник дерматологии и венерологии. 1963, №5, с. 3–7.

49 ПОТОЦКИЙ И.И., СМИРНОВА Е.П. Бальнеологическое и климатологическое лечение экземы на курорте Сочи. В кн.: Теория и практика курортологии больных дерматозами. М., 1962, с. 75–87.

50. ПОТОЦКИЙ И.И. Некоторые вопросы патогенеза лепры по данным функциональных и гистологических исследований кожи. В кн.: Научные записки по дерматологии и венерологии врачей Кубани. Краснодар, 1958. вып. 2, с. 162–172.

51. ПОТОЦКИЙ И.И. Реактивность кожи при воздействии на нее химических раздражителей. В кн.: Научные записки по дерматологии и венерологии врачей Кубани. Краснодар, 1958, вып. 2, с. 73–91.

52. ПОТОЦКИЙ И.И. Характеристики кожных высыпаний при различных формах лейкозов. В кн.: Научные записки но дерматологии и венерологии врачей Кубани. Краснодар, 1958, вып. 2, с. И-32.

53. ПОТОЦКИЙ И.И., НЕСТЕРОВ В.П. Отдаленные результаты лечения сифилиса пенициллином в сочетании с лихорадкой. В кн.: Научные записки по дерматологии и венерологии врачей Кубани. Краснодар, 1958, вып. 2, с. 204–210.

54. ПОТОЦКИЙ И.И. Краткий обзор деятельности кафедры кожных и венерических болезней Кубанского медицинского института за 30 лет (1925—1955). В кн.: Научные записки по дерматологии и венерологии врачей Кубани. Краснодар, 1955, с. 5–18.

55. ПОТОЦКИЙ И.И., ФАЙЗУРОВ Р.З. Гнойничковые заболевания кожи среди рабочих машинотракторной станции. Вестник дерматологии и венерологии, 1954, №4, с. 37–38.

56. ПОТОЦКИЙ И.И. Влияние топографического распределения нервной

системы на воспалительную реакцию кожи. В кн.: Вопросы дерматологии на курорте Сочи-Мацеста. Краснодар, 1952, с. 23–26.

57. ПОТОЦКИЙ И.И. Клиника, этиология и патогенез сальварсановых дерматитов. В кн.: Вопросы дерматологии и венерологии. Хабаровск, 1944, с. 3–49.

58. ПОТОЦКИЙ И.И., ГОРБУНОВ А.И. Трансфузия крови при сифилисе. В кн.: Вопросы дерматологии и венерологии. Хабаровск, 1944, с. 116–137.

59. ПОТОЦКИЙ И.И. Клиника и патогенез острой формы пара-псориаза. В кн.: Труды Хабаровского медицинского института. Сб. №7. Хабаровск, 1940, с. 3–8.

60. ПОТОЦКИЙ И.И. К патогенезу пигментно-папилярной дистрофии кожи. В кн.: Труды Хабаровского медицинского института. Сб. №7. Хабаровск, 1940, с. 16–20.

61. ПОТОЦКИЙ И.И. Роль плесневых грибов (зоог) в этиологии кожных заболеваний. В кн.: Труды Хабаровского медицинского института. Сб. №8, 1940, с. 96–103.

62. ПРОСИНКЕВИЧ К.С. Микозы стоп среди сельского населения и меры борьбы с ними. Канд. дисс, Киев-Чертков, 1988.

63. РОДИН Ю.А. Иммунитет и гистохимические исследования при вторичной эритродермии. Дисс. док., Волгоград, 1970.

64. СВИРИД А.А. Окислительное фосфорилирование в коже больных псориазом. Автореф. канд. дисс. Киев, 1971.

65. СТУДНИЦИН А.А. Пенициллино-пиротерапия больных сифилисом. М., 1958.

66. УЛИТИНА И.А. Материалы к изучению врожденного сифилиса в послевоенный период. Канд. дисс, 1950.

67. ФИЛАТОВА Н.С. Материалы по изучению аллергической реакции кожи при воздействии химическими веществами. Канд. дисс., Хабаровск, 1945.

68. ФИЛАТОВА Н.С. Лечение акрихином фотодерматоза и псориаза. В кн.: Вопросы дерматологии и венерологии. Хабаровск, 1944, с. 137–140.

69. ХАСАБОВ Л.М. Гистологическое и функциональное изучение симметричных участков кожи при лепре. Канд. дисс., Краснодар, 1952.

70. ХОРОШИЙ М.Г. Ученики основоположников отечественной дерматологии и венерологии на Украине. Вестник венерологии и дерматологии. 1956, №3, с. 41–45.

71. ХМЕЛЬНИЦКИЙ О.К., АРАВИЙСКИЙ Р.А., ЭКЗЕМПЛЯРОВ О.Н. Кандидоз. Л., 1984.

72. ЦЕРАИДИС Г.С. Гистогенез чешуйчатого лишая. Канд. дисс., Краснодар, 1950.

73. ЦЫРКУНОВ Л.П. Материалы по изучению аллергических заболеваний кожи, обусловленных воздействием эпоксидных смол у рабочих промышленных предприятий. Автореф. канд. дисс., М., 1964, с. 19.

74. ШКЛОВСКИЙ И.А. Значение состояния окислительных процессов в развитии местных кожных поражений. Канд. дисс., Хабаровск, 1947.

75. ШУПЕНЬКО Н.М. Изучение свободных аминокислот и некоторых ферментов переаминирования в сыворотке крови и коже при псориазе. Канд. дисс., 1972.

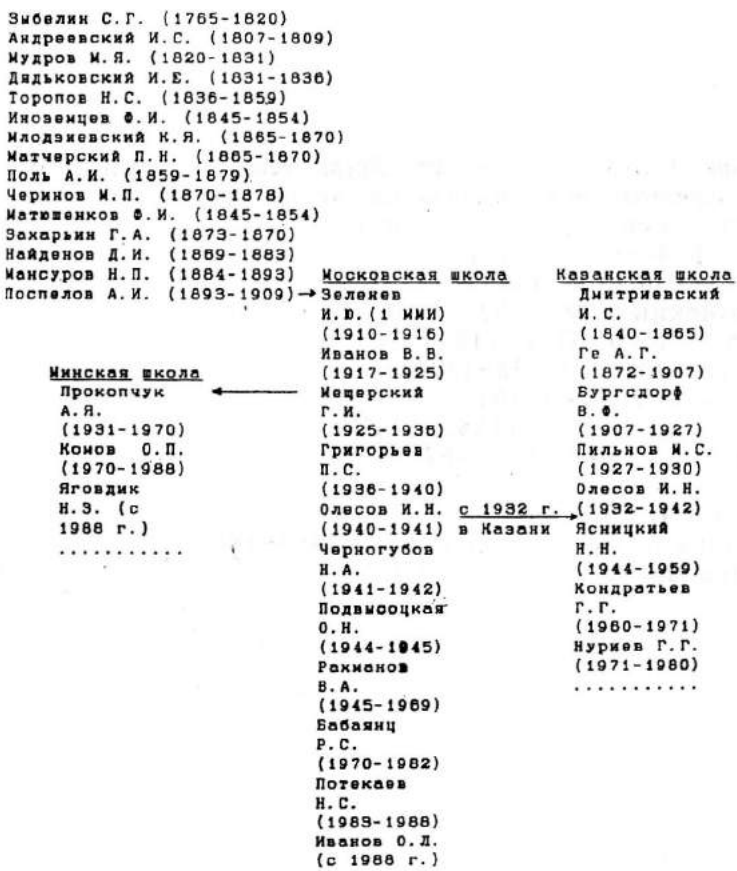
76. ЩЕРБАКОВ А.П. Изучение газообмена через кожу при псориазе. Автореф. канд. дисс., Киев, 1966.

77. ЭЛЬФОНД М.А. Материалы к изучению нервных окончаний кожи при лепре. Канд. дисс. Краснодар, 1954.

78. ЭФРОН Н.Н. Влияние мацестинских ванн при комплексном курортном лечении на иммунологические показатели крови у больных с дерматозами. Канд. дисс. М., 1953.

12.8. Генеалогия отечественной дерматологии и венерологии

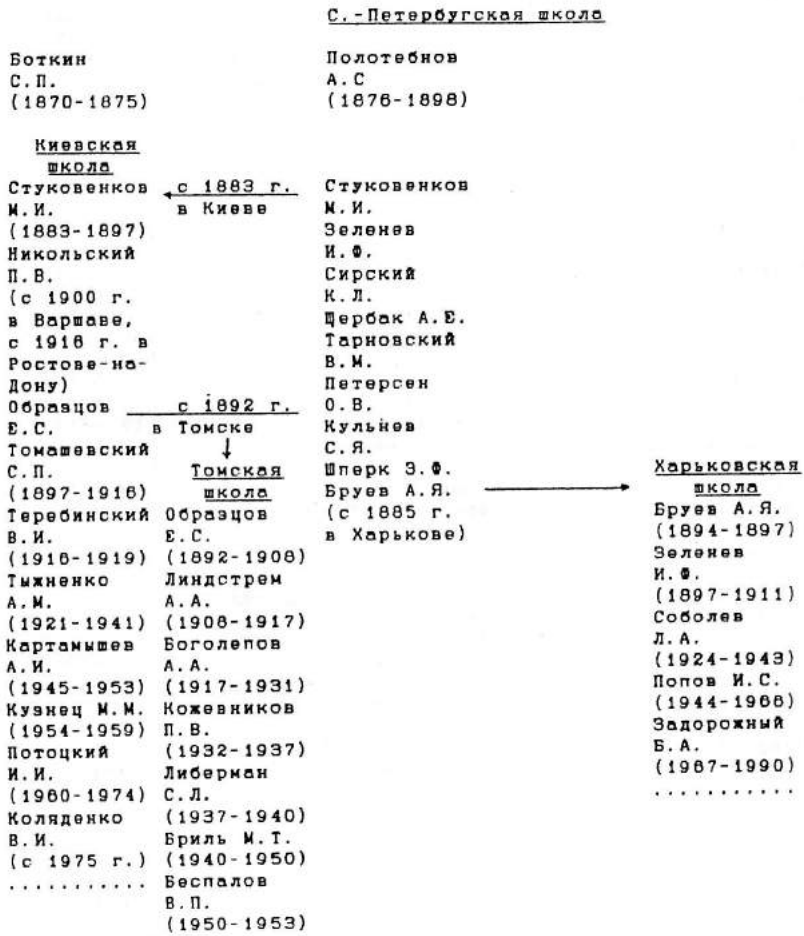
На медицинском факультете МГУ (1775) курс по дерматологии и сифилидологии читали профессора:

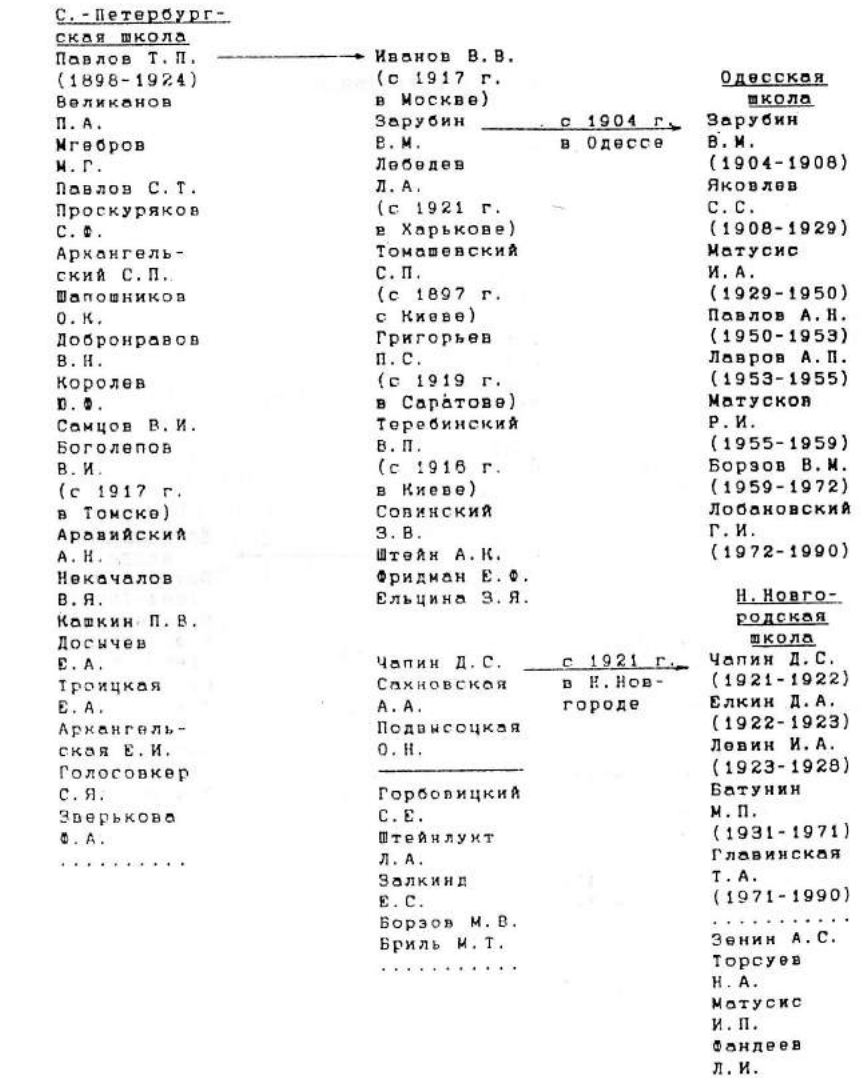


Бричев А.А.	
Гринчар Ф.Н.	
Лянц А.И. — 2 ММИ с 1910 г.	Лянц А.И. (1910-1920)
Арутюнов В.Я.	Мещерский Г.И. (1920-1925)
Богров С.А.	Иордан А.П. (1925-1931)
Апасова Е.И.	Черногубов Н.А. (1933-1941)
Павлов П.А.	Либерман С.Л. (1941-1945)
Богданов С.И.	Гринчар Ф.Н. (1946-1952)
Кристанов Ц.А.	Желтаков М.М. (1952-1968)
Левин А.М.	Скрипкин Ю.К. (с 1969 г.)
Нерадов Л.И.	.....
Павлов А.И.	
Смелов Н.С.	
Сухарев В.И.	
.....	

В Санкт-Петербургской медико-хирургической Академии (1798) лекции по дерматологии и сифилидологии читали профессора:

Смеловский И.А. (1798–1808)
Уден К.Ф.(1808–1823)
Матакевич Ф.И. (1823–1827)
Калинский О.Ф. (1827–1836)
Шапулинский П.Д. (1836–1837)
Хоменко Л.М. (1838–1840)
Пирогов Н.И. (1839)
Кулаковский Г.К. (1842–1867)
Красильников В.А. (1867–1869)
Маев И.А. (1868)
Щеглов И.С. (1869)
Заблоцкий-Десятовский П.П. (1862–1869)
Подкопаев Ф.В. (1869–1870)


С.-Петербургская школа
Полотебнов А.С (1876-1898)
Боткин С.П. (1870-1875)
Киевская школа
Стуковенков М.И. (1883-1897)
Никольский П.В. (с 1900 г. в Варшаве, с 1916 г. в Ростове-на-Дону)
Образцов Е.С. (1897-1916)
Томашевский С.П. (1916-1919)
Теребинский В.И. (1921-1941)
Тыжненко А.М. (1945-1953)
Картамышев А.И. (1954-1959)
Кузнец М.М. (1960-1974)
Потоцкий И.И. (с 1975 г.)
с 1883 г. в Киеве
с 1892 г. в Томске
Томская школа
Образцов Е.С. (1892-1908)
Линдстрем А.А. (1908-1917)
Боголепов А.А. (1917-1931)
Кожевников П.В. (1932-1937)
Либерман С.Л. (1937-1940)
Бриль М.Т. (1940-1950)
Беспалов В.П. (1950-1953)
Стуковенков М.И.
Зеленев И.Ф.
Сирский К.Л.
Щербак А.Е.
Тарновский В.М.
Петерсен О.В.
Кульнев С.Я.
Шперк З.Ф.
Бруев А.Я. (с 1885 г. в Харькове)
Харьковская школа
Бруев А.Я. (1894-1897)
Зеленев И.Ф. (1897-1911)
Соболев Л.А. (1924-1943)
Попов И.С. (1944-1966)
Задорожный Б.А. (1967-1990)


С.-Петербургская школа
Павлов Т.П. (1898-1924)
Великанов П.А.
Мгебров М.Г.
Павлов С.Т.
Проскуряков С.Ф.
Архангельский С.П.
Шапошников О.К.
Добронравов В.Н.
Королев Ю.Ф.
Самцов В.И.
Боголепов В.И. (с 1917 г. в Томске)
Аравийский А.Н.
Некачалов В.Я.
Кашкин П.В.
Досычев Е.А.
Троицкая Е.А.
Архангельская Е.И.
Голосовкер С.Я.
Зверькова Ф.А.
.....
Иванов В.В. (с 1917 г. в Москве)
Зарубин В.М.
Лебедев Л.А. (с 1921 г. в Харькове)
Томашевский С.П. (с 1897 г. с Киеве)
Григорьев П.С. (с 1919 г. в Саратове)
Теребинский В.П. (с 1916 г. в Киеве)
Совинский З.В.
Штейн А.К.
Фридман Е.Ф.
Ельцина З.Я.
Чапин Д.С.
Сахновская А.А.
Подвысоцкая О.Н.
Горбовицкий С.Е.
Штейнлукт Л.А.
Залкинд Е.С.
Борзов М.В.
Бриль И.Т.
.....
с 1904 г. в Одессе
с 1921 г. в Н.Новгороде
Одесская школа
Зарубин В.М. (1904-1908)
Яковлев С.С. (1908-1929)
Матусис И.А. (1929-1950)
Павлов А.Н. (1950-1953)
Лавров А.П. (1953-1955)
Матусков Р.И. (1955-1959)
Борзов В.М. (1959-1972)
Лобановский Г.И. (1972-1990)
Н.Новгородская школа
Чапин Д.С. (1921-1922)
Елкин Д.А. (1922-1923)
Левин И.А. (1923-1928)
Батунин М.П. (1931-1971)
Главинская Т.А. (1971-1990)
.....
Зенин А.С.
Торсуев Н.А.
Матусис И.П.
Фандеев Л.И.

Глава 13

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ НАУЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ШКОЛ В РОССИИ

Медицинские, или врачебные, школы первоначально сформировались как педагогические учреждения в XVIII веке в Италии, Франции и Германии. Научно-исследовательская работа во врачебных школах не велась, а если ею и занимались, то это было чаще всего проявлением любознательности профессора, примитивным обобщением эмпирических наблюдений над больными, а не стремлением решать важную научную проблему. На специфику врачебных школ XVIII века оказывали большое влияние первые успехи анатомии, физиологии, применяемые методы лечения и возникновения умозрительных медицинских догм или систем.

История свидетельствует о постоянной борьбе взглядов ученых в течение тысячилетий в медицинской науке с известной последовательностью взаимного уничтожения одной системы другой. Ни одна теория медицины не появляется без того, чтобы в прошедшем нельзя было найти целый ряд идей, послуживших прямым предшественником или толчком для ее появления. Самыми крупными медицинскими системами XVIII — начала XIX веков были система Stala, Browna, Hahnemana и Broussais.

Система Stala представляла собой взгляды врачей XVIII века, которые, используя методы лечения своих предшественников, стремились к изобретению лечебного средства от всех болезней. Brown считал, что большая часть болезней обусловлена недостатком внешних возбудителей и имеет астенический характер. Hanhemann обосновал свое учение на основании трех главных положений: закона подобия, испытания лекарств на здоровом организме человека и предварительном употреблении его минимальных доз. Согласно системе Broussais, большая часть болезней возникает в результате запущенного скрытого воспалительного процесса в желудочно-кишечном тракте.

В зависимости от того, какая патология господствовала в медицине, преобладали те или другие болезни. Во времена Stala везде находили геморрои, во времена господства патологии желудочно-кишечного тракта

все заболевания сводили к расстройствам названных органов и т.д. Известный английский писатель того времени Фильдинг писал: «Сказать правду, почти у каждого врача есть своя излюбленная болезнь, которой он приписывает все победы, одержимые над человеческим естеством. Подагра, ревматизм, камни, чахотка — все имеют своих патриотов в ученой коллегии, особенно нервная лихорадка или нервное возбуждение».

Важным условием для возникновения научных медицинских школ явились достижения естествознания XVIII века, побудившие врачей осознать важность методов обследования больного. Врачи начали обобщать свои клинические наблюдения, создавая симптологическую нозологию болезней, и даже экспериментировали над животными для установления функционального значения органа.

Возникновению научных медицинских школ способствовало введение ученой степени и повышение авторитетности званий, необходимости для признания лидерства в науке, особенно в медицине. Понятие «доктор» впервые встречается в произведениях древнемедицинских авторов Марка Тулия Цицерона, К. Квинтимана и Поветнолия. Сначала оно употреблялось в значении «учитель». До середины XII века в большинстве стран Европы преподавателей медицинской школы называли докторами или магистрами (maqister — наставник). Врачи, показавшие на экзаменах разносторонние знания по медицине, получали документ, разрешающий врачебную практику, и имели право называться докторами или магистрами. Претендент на степень доктора медицины должен был отвечать следующим требованиям: происходить из почетной семьи, иметь незапятнанную нравственность, быть скромным, приятной наружности, не иметь телесных недостатков, быть не моложе 26–28 лет. Постепенно испытания на звание доктора медицины превращались в публичные научные диспуты. После диспута перечислялись заслуги претендента, он давал клятву выполнять все обязанности, налагаемые званием, особенно по отношению к медицинскому факультету и всему врачебному сословию.

В XV—XVIII веках к титулу докторов первой категории стали прибавлять звание (титул) профессор (profiter — публичный наставник, обучающий врачебному искусству). Однако степень доктора медицины несколько обесценивалась тем, что до XVIII века ее могли присваивать не только университеты и короли, цари и даже пфальцграфы, которые нередко «награждали» ею малограмотных врачей и даже лиц, не имеющих врачебного образования. В целях борьбы с таким и явлениями и контроля за преподаванием на медицинских факультетеах для получения звания доктора в Европе в XVIII веке были введены экзамены и защита диссертации на степень доктора медицины.

В XVIII веке в высших медицинских школах произошло разделение преподавателей: одни читали лекции по плану медицинской книги, рекомендуемой студентам, комментируя отдельные ее разделы, другие чи-

тали то, что считали нужным, нередко высказывали свои ортодоксальные взгляды. Преподавателей называли doctores, или maqistri acuturegetis, которые пользовались большим уважением, и сидели они на почетных местах во время диспутов и торжеств, проводимых в учебных заведениях. Остальных называли doctorus non reqentes, которые не имели никаких определенных обязанностей на факультете.

В 1763 г. в России был утвержден проект Медицинской коллегии, составленной А.И. Черкасовым, а в 1764 г. специальным указом ей было разрешено выдавать дипломы доктора медицины. А.И. Черкасов и другие описывают трудности получения диплома доктора медицины русскими врачами, недопущенными Медицинской коллегией к экзаменам способных русских врачей, в то время как иностранцам присваивались степени «за особые заслуги», за занимаемые должности без экзамена и без защиты диссертаций.

Не имея возможности изучать медицину на родном языке, многие русские врачи вынуждены были оканчивать иностранные университеты и получать там дипломы доктора медицины. М.В. Ломоносов настойчиво добивался представления русским университетам «власти производить достойных в доктора». В 1755 г. по его инициативе организован Московский университет, но только в 1791 г. ему было дано право выдавать дипломы доктора медицины. В 1798 г. была открыта Медико-хирургическая Академия в Петербурге, но докторские диспуты начались в ней лишь с 1809 г. Члены Медицинской коллегии, являвшиеся преимущественно иностранцами, не были заинтересованы в росте национальных кадров и всеми средствами тормозили дело развития русской науки.

Со второй половины XVIII века начал проводится отбор среди врачей специалистов, способных заниматься научной работой, в профессуру, из которых в дальнейшем и формировались лидеры научных медицинских школ. Этим и обьясняется то, что научные медицинские школы как научно-исследовательские сообщества начали появляться лишь во второй половине XVIII века и получили наибольшее развитие в XIX веке. Затем их развитие замедлилось, особенно к середине XX века, в связи с созданием научно-исследовательских институтов с целью коллективной выработки научных программ и методов исследований по заданиям местных органов управления и правительства. С 1764 по 1896 гг. положение о диссертациях и диссертантах несколько раз менялось. В зависимости от периода социально-экономических запросов времени, получение степени доктора медицинских наук то обеспечивалось, то значительно осложнялось. В 1845 г. коллегией при Министерстве Народного Просвещения положение о присвоении докторских диссертаций было вновь изменено. Требования к диссертантам были значительно снижены, что привело к большему числу желающих получить степень доктора медицины. В 1879–1880 гг. при новом пересмотре положения о диссертациях была признана необходимость печатать диссертации на

русском языке. В 1896 г. возник вопрос о необходимости улучшить качество диссертаций и подготовку диссертантов. В этот период была поставлена задача учебно-практическую степень доктора медицины сделать «ученой». Медицинская наука была разделена на 12 дисциплин, в том числе была выделена и дерматовенерология.

Диссертации XVIII века и первой половины XIX века печатались преимущественно на латинском языке и только со второй половины XIX века — на русском языке. Диссертации XVIII и первой половины XIX века были небольшими, всего на 20—50 страниц. Большая их часть была посвящена обзору литературы, количество собственных исследований в большинстве работ невелико. Работы заканчивались обобщающими рассуждениями и выводами. В конце диссертации помещались т.н. «положения», в которых соискатель степени высказывал свои научные взгляды вообще, в том числе и по вопросам, не относящимся к теме диссертации. Начиная с семидесятых годов XIX столетия, диссертационные работы становились более крупными и включали много собственных наблюдений. Усовершенствовалась методика исследований. Многие диссертации, особенно в 80—90 гг. XIX столетия, имели характер крупных монографий. Большое количество работ как по сифилису, так и по кожным болезням основывались на гистологическом методе исследования. В.А. Невский (1960) обнаружил 300 диссертаций, написанных русскими врачами в XVIII веке и защищенных ими в разных странах Европы.

А.С. Чубарова и Л.И. Кочарова (1957) сообщают о 192 диссертациях по кожным и венерическим болезням, выполенным русскими врачами до 1917 г. С 1917 по 1950 гг. авторам удалось найти 472 диссертации (из них 87 докторских): по кожным заболеваниям — 319, по венерическим — 153, что в два раза превышало число диссертаций, выполненных за 143 года, начиная с момента начала их защиты в России. В этих работах заключен большой научный вклад русской дерматологии и венерологии, многие из которых до сих пор не известны широким слоям дерматовенерологов и требуют их дальнейшего изучения.

Современная медицинская наука вступила в такой период, когда большое значение приобретает умение возглавлять коллектив или организовать работу таким образом, чтобы тесно связать ее с исследованиями ученых других институтов (академий) страны. Научные школы отечественной медицинской науки сыграли большую положительную роль в решении узловых проблем науки и в подготовке высококвалифицированных специалистов, которых легче готовить в коллективе, в благоприятной творческой атмосфере научной школы. В рамках научной школы при объединении усилий многих ученых можно быстреее найти решение даже очень сложных вопросов современной медицинской науки.

Сложность современных медицинских проблем требует целеустремленной работы коллектива ученых различных специальностей. Роль

медицинских школ, объединяющих исследователей, стоящих на одной научной платформе, одинаково понимающих вопросы развития той или иной дисциплины или изучении способов борьбы с теми или иными заболеваниями, с каждым этапом развития медицинской науки усиливается. Однако изучение истории медицинских школ в настоящее время ведется неудовлетворительно. Даже в само определение «научная школа» авторы вкладывают различные содержания. Под научной школой нередко понимают группу учеников, работавших под личным руководством крупного ученого. Такое понимание этого термина нельзя считать правильным. Дело доходит до отрицания самого термина «научной школы» и до утверждения, что научные школы не нужны и даже вредны, особенно сейчас, когда некоторые научно-исследовательские учреждения приватизируются и становятся частной собственностью.

Основной задачей медицинской научной школы является приобщение врача к научной деятельности, овладению методами эксперимента, морфологического и биохимического субстрата болезни, клинико-физиологического и клинического обследования и т.д., а также к овладению современным понятийным и концептуальным аппаратом, отражающим парадигму развития современной медицинской науки.

Понятие «парадигма» — это исходная образная модель определенного этапа развития науки со свойственными ему постановкой и решением научных проблем, методиками исследования и научными понятиями.

В специфике и смене парадигм проявляется логика развития медицинской науки в разных экономических формациях человеческого общества. Однако ни одна новая парадигма медицинской науки не уничтожает полностью предыдущую, а включает в себя ее элементы твердо установленного медицинского знания, которые являются связующим звеном в образовании новой парадигмы, как это было отмечено на примере медицинских систем XVIII — начала XIX столетий.

Специфика парадигм развития медицинской науки отражает научный понятийный аппарат и дефиниции, а поэтому они не могут быть механически использованы для показа и обьяснения специфики содержания медицинской науки прошлого, т.е. при анализе средневековых понятий, терминов, дефиниций неправомерно использовать их с позиций современной научной трактовки. В современных отечественных историко-медицинских публикациях, относящихся к Средним векам, часто встречаются модернизации понятийного аппарата, терминов, дефиниций. Например, в книгах, посвященных поздним формам сифилиса, нередко сообщается, что врачам-гиппократикам была известна сухотка спинного мозга. На самом же деле под спинной сухоткой в гиппократовом сборнике понимается общее худосочие с мышечной дряблостью, возникающее в результате полового истощения.

Каждой стадии человеческого сознания свойственны определенные особенности медицинского мышления (стили и типы). По определению

Л.А. Микешиной (1977), «стиль научного мышления есть исторически сложившаяся система общепринятых методологических нормативов и философских принципов, которыми руководствуются исследователи в данную эпоху». В частности, стиль мышления врача проявляется в научных понятиях и их определениях. Установлены стили мышления в античной науке, средневековой, эпохи Возрождения, XIX и XX веков. Незнание парадигмы медицинской науки определенного периода, неадекватное, модернизированное использование научно-медицинского понятийного аппарата при историко-медицинском анализе медицинских литературных источников, игнорирование уровня интеллектуального развития врача прошлого, незнание истории научного понятийного аппарата, исторической психологии приводит к распространению презентизма в медицине, что и отмечается у большинства современных ученых.

Под презентизмом в истории науки понимается необоснованное, антиисторическое приписывание людям прошлого современного видения мира, логики мышления, современных воззрений на научные, этические и другие вопросы. В историко-медицинской науке презентизм проявляется в приписывании врачам, ученым прошлого, современных взглядов на биологические и медицинские вопросы, в использовании современного научно-медицинского понятийного аппарата, дефиниций, классификации нозологий и названий отдельных болезней, их патологической сущности при историко-медицинском анализе источников прошлого (чаще при попытках идентификации описания болезней, описанных в литературных медицинских источниках прошлого, с современным нозологическим описанием болезней); в осовременивании теоретических взглядов выдающихся деятелей медицины прошлого путем тенденциозного использования цитат из их медицинских трудов с целью показать их неустаревшее значение для современной медицины. В создании концепции научной школы путем избирательного изложения отдельных теоретических взглядов ее руководителя.

При изучении научных школ, оценке их деятельности перед исследователем возникает много трудностей методического характера. Они связаны прежде всего с недостаточной разработкой понятийного аппарата научной школы.

Противоположностью презентизма является антикваризм — подход, при котором разрывается связь методов, парадигм развития медицины.

Период ее развития рассматривается в отрыве от предыдущего и последующих этапов становления и развития.

Использование основ науковедения исторической и социальной психологии является отражением парадигмы современного периода развития медицинской науки.

Научные школы в медицинской науке обладают двумя основными функциями: высшей образовательной (обучением научной деятельности) и эвристической (научно-исследовательской).

Понятие «научная школа» в медицинской науке является важнейшим науковедческим процессом, имеющим свою дефиницию, включающую достоверные критерии ее определения. Научная школа в медицине — это творческий научно-исследовательский коллектив, созданный и руководимый ее лидером. Формы их организации бывают разными: лаборатории, кафедры (клиники) и научно-исследовательские институты.

Анализ различных определений показывает, что само понятие научной школы предполагает наличие следующих составных компонентов: научного руководителя (главы школы), учеников и последователей, нового научного направления, оригинальных методов исследования. Научная школа является своего рода открытой системой, в которой создаются оптимальные условия для постоянного творческого роста ученого, совершенствованию его знаний, образования, развития его гражданской позициии. В самом широком смысле научную школу можно рассматривать как определенную предпосылку развития науки. Близка к пониманию научных школ классификация М.Г. Ярошевского, поскольку с термином «научная школа» связаны самые различные комплексы научных обьединений, обозначенных этим термином. Он различает следующие типологические формы научных школ: научно- образовательные; школа как направление, приобретающее при определенных социально-исторических условиях национальный, а иногда и интернациональный характер. Проф. И.А. Кассирский считает, что «школа» — это прежде всего принципы, идеи, порядок, система. М.Г. Ярошевский указывает, что «школа — это прежде всего посвящение в науку, условие ее концептуального аппарата, ценность ориентиров и категорийного строя». В.И. Бородулин (1988) в качестве своей рабочей схемы научной школы выделяет следующие ее признаки: 1) творческая индивидуальная активность создателя школы: 2) наличие учеников; 3) единство признаков школы; 4) постоянное творческое общение учителя и учеников. В.И. Бородулин отмечает также, что организатор научной школы должен уметь подбирать себе учеников и бороться за них. Если ученый не обладает данными учителя, то создание научной школы не состоится. Мы предложили следующее определение научной школы: научная школа — это синтез проблемных научных исследований или парадигма определенного этапа развития медицинской науки, проводимых под руководством лидера научной школы. Мы также разработали модель научной школы (см. таблицу).

Научные школы возникают и развиваются, когда не всеми учениками осознаются ростки исследования научных проблем, специфических для новой парадигмы медицинской науки, которые являются основой для развития научно-исследовательской работы.

Независимо от того, к какой научной школе принадлежит ученый, его школа — результат достижений данной эпохи, так как понятие о науч-

ной школе в науке неотделимо от социального развития общества, от предшествующих достижений науки и практики. Поэтому вполне закономерно, что изучение научной школы предполагает особое внимание к объективным и субъективным предпосылкам формирования школы. Приступая к исследованию предпосылок формирования школы, исследователь неизбежно сталкивается с трудностями чисто исторического характера. Они связаны прежде всего со сложностью разграничения становления ученого или формирования его научной школы. Это далеко не одномоментные процессы. Появление учеников, как правило, совпадает с периодом творческой зрелости ученого, четкого определения направления его научной деятельности. Однако нередко наблюдаются случаи, как «учитель без учеников», «невидимые коллеги» и т.д. Изучение социального аспекта научных школ еще не получило должного отражения в исследованиях подобного характера.

Особого внимания требует морально-психологический климат научной школы, являющийся одним из основных условий ее успешного развития. Этот климат во многом определяется главой школы. Поэтому не случайно в работах о научных школах большое внимание уделяется личности главы школы, качествам, которыми он должен обладать.

Анализ литературных данных показывает, что в значительной своей части публикации посвящены изучению роли выдающихся личностей в истории науки, значению их деятельности для дальнейшего развития медицины.

В научной медицинской школе осуществляется обучение научной деятельности в процессе научного исследования при обязательном усвоении единой методологической и теоретической позиции, а также определенных общих признаков и методических основ постановки и решения научных проблем. Этим и объясняется тот факт, что любая научная школа в медицине находится в относительной изоляции от остального научно-исследовательского общества, что в значительной степени обуславливается ее приверженностью к какой-либо теории или гипотезе, а также внутригрупповым общением и научной деятельности. Научная школа всегда пропагандирует эвристическое значение своей научной программы, ее теоретическое и практическое значение и борется за распространение своих достижений в научном обществе.

Научная медицинская школа готовит кадры не только для себя, но и для учебных институтов (руководителей кафедр), тем самым распространяя свои теоретические взгляды, научные достижения, укрепляя свое положение в научно-организационном отношении.

В медицинской науке существует два вида научных школ: дисциплинарные и проблемные. Во главе школы стоит ее лидер, который выдвигает теоретические программы научных исследований, объединяющих всех сотрудников его научной школы. Он также создает стратегию управления научной школой, разрабатывает принципы научного образо-

вания молодых сотрудников. Методы исследования по программе разработки научной проблемы.

Одной из постоянных функций лидера является координация исследований, выполняемых его учениками, имеющими различную компетенцию, индивидуальные наклонности интеллекта и работающих в различных областях специальности. Лидер создает научно-исследовательскую и нравственную атмосферу в коллективе сотрудников, управляя их мотивацией к научно-исследовательской работе, а также воспитывая у них стиль мышления ученого, который может быть традиционным для данной научной школы или определенного периода развития медицинской науки. Основатель школы предлагает для исследования научную гипотезу или теорию, которая получает признание сотрудников, ориентирует и прогнозирует проводимые ими исследования, превращение той или иной гипотезы или теории в узкую программу.

До XIX века лидер научной школы имел право использовать субъективную методику и программу преподавания, отстаивать свою точку зрения на отдельные вопросы и критиковать взгляды представителей других школ. Научно-исследовательская работа в таких школах не велась, а если ею и занимались, то это было проявление любезности профессора, примитивным обобщением элементарных наблюдений, а не стремлением решить важную научную проблему. Научно-исследовательские работы всегда ограничивают научный кругозор коллектива научно-исследовательской школы и суживают диапазон решения научно-исследовательских задач. В случае если эвристическая гипотеза или теория лидера подвергается симнению, даже частично, научная школа оказывается в кризисе, возникает недоверие к лидеру как генератору идей. Догматическое использование обощающей теории или гипотезы лидера приводит к эпигонству в научно-исследовательской работе и обуславливает распад научной школы. Повторение научных концепций и фактов, а также присвоение информации других научных обществ лидером школы приводит к гибели его как ученого, несмотря на то, что он может формально оставаться в среде своей научной школы и является ее административным лидером, заведующим кафедрой или директором научно-исследовательского института и утвержденным соттветствующими органами управления. Лидеру научной школы необходимо защищать цели научной программы исследований, выдвинутую им гипотезу и теорию, нередко преодолевая сопротивление других научных школ или направлений, поддерживаемых лидерами медицинской науки.

Научная школа в медицинской науке как динамическое научное общество имеет четыре стадии развития: 1) возникновение, 2) прогрессивная эволюция, 3) упадок и 4) распад. Возникновение научной школы всегда обуславливается необходимостью решения научной проблемы и подготовки молодых ученых к экспериментальной работе,

эвристической разработке морфологических, биохимических и других методов исследования, позволяющих получить медико-биологическую информацию, а также потребностью создания профессиональных кадров. Образование научной школы — это эвристический процесс.

Научные школы возникают и развиваются, когда не всеми учеными осознаются ростки исследования научных проблем, специфических для новой парадигмы развития медицинской науки, которые являются основой для развития научно-исследовательской работы. Наиболее прогрессивные научные школы создавали направления или разделы внутри медицинской науки. Такие научные медицинские школы могут быть хирургическими, терапевтическими, физиологическими, генетическими и другими, разрабатывающие различные прблемы медицинской науки.

Возникновение в медицинской науке нескольких научных школ, разрабатывающих одну и ту же научную проблему, указывает на ее актуальность и в то же время отражает специфику логики развития медицинской науки в данный период. Прогрессивная эволюция научной школы обуславливается соревнованием ее сотрудников, возникновением в ней новых гипотез, методов исследования, что иногда приводит к формированию внутри научной школы исследовательских групп самостоятельного направления. Если исследования научной медицинской школы не развивают новую парадигму медицинской науки или если научные взгляды лидера становятся общепринятыми, научная школа приходит в состояние упадка, разложения и гибели. В такой период ее активного спасения, реабилитации обычно усиливается теоретическая работа над методическим упорядочнием научного материала, его систематизации и объединению различных теоретических положений. Учитель и ученики составляют в рамках научной школы единое целое. Ученики, развивая идеи школы, передавая основные принципы и методы работы, как правило, определяют лицо школы, способствуя сохранению лучших традиций в науке. Ученики определяют морально-психологический климат научной школы. Имеют значение и их взаимоотношения между собой и с руководителем школы. Поэтому их целевые ориентации, удовлетворенность работой, перспективы роста, справедливая оценка труда каждого и многие другие факторы исследовать в силу разных причин очень трудно.

Существенную роль в успешном развитии научной школы играет независимость мышления учеников, т.е. их умение самостоятельно решать проблемы, находить новое в предмете исследования. Однако история научных школ содержит и критерии того, что независимость научного мышления учеников не всегда поощрялась лидером научной школы.

Необходимо тщательное изучение методики, положенной в основу исследований, школы отдельных ученых, взаимоотношений с предшествующими и ныне существующими научными школами. Определяя

закономерности развития научных школ, следует выделить не только то, что их разделяет, но и то общее, что их объединяет. Заслуживает внимания взаимоотношение научных школ, их борьба по принципиальным вопросам. Философские взгляды ученых, работавших в рамках одной школы, играли и играют решающую роль в успешности и продуктивности научных исследований.

Противоречие научных школ состоит в том, что работа в рамках школы предполагает единый подход к решению проблем и в то же время требует развития самостоятельности мышления. Для научных школ, как и для любого научного коллектива, актуальны и другие проблемы, в частности проблема психологической совместимости, приоритета, сохранения стиля работы и др.

Знакомясь с деятельностью каждого выдающегося ученого, определяется направленность его научной деятельности, умение выработать ее у последующих поколений ученых. Невозможно представить ученого без научных работ. Ученый без научных работ, что дерево без плодов. Научная деятельность лидера школы обязывает его обобщать результаты научных исследований в виде статей, отчетов, диссертаций, монографий. Молодой ученый под руководством лидера научной школы должен учиться обобщать проводимые им исследования, анализировать полученные результаты в сопоставлении с имеющимися в литературе. Оценка сущности научного вклада того или иного ученого — очень кропотливая работа. Она предполагает необходимость знания его трудов и предшествующих достижений в этой области. Оценка научного вклада связана с определенной сложностью выявления степени личного участия того или другого ученого в разработке проблемы. Очень критически следует относиться к воспоминаниям учеников о своих коллегах, поскольку в них неизбежно находят отражение субъективные оценки, определяющиеся их личностными качествами.

При оценке сущности вклада научной школы, ее деятельности возникают и другие трудности методического характера, в частности, выявление связей между различными школами, которые нередко рассматривают в противоборствующем плане. Это одно из уязвимых мест в имеющихся исследованиях. Определенный интерес представляет вопрос о продолжительности существования научной школы. Логика развития науки часто приводит к возникновению в рамках данной школы нового направления, новой парадигмы в медицинской науке.

В понятие «научной школы» входит значение научной концепции, новаторства, совместная работа, целенаправленная работа учителя со своими учениками. Многие исследователи понимают «научную школу» как группу научных сотрудников, работающих под руководством ее лидера. Некоторые профессора подготовили много хороших и грамотных специалистов, но не создали своей научной школы по многим причинам.

Иногда ученик редко встречается со своим учителем, но является подлинным, настоящим его учеником, и, наоборот, многие годы ученик проработал со своим учителем, но его единомышленником так и не стал. Такой ученик, как правило, всегда становится эпигоном этой научной школы и кроме вреда ничего ей не принес своими действиями.

Организация научной школы — это творческий процесс, требующий больших усилий. Научную школу нельзя создать ни по приказу, ни по предварительному сговору, если для этого нет предпосылок, если не достигнуто понимания в коллективе ученых, решающих одну проблему. История научных школ показывает, что они создавались различными путями. Иногда ученые, начавшие свои исследования самостоятельно, встречаются и начинают работать вместе, закладывая основы новой научной школы. В некоторых случаях в процессе работы ученые, сотрудничавшие при решении научной проблемы, по мере расширения научных исследований превращаются в научную школу.

История кафедр кожных и венерических болезней, к сожалению, изучена недостаточно. Как правило, если на кафедре не создана научная школа, определяется научное направление в работе профессорско-преподавательского коллектива. Историям кафедры посвящены только две кандидатские диссертации: Н.С. Потекаева «Материалы к истории кафедры кожных и венерических болезней 1-го Московского ордена Ленина медицинского института имени И.М. Сеченова» (1958) и диссертация М.А. Фроловой «История старейшей в России Калинкинской кожно-венерологической больницы» (1959), выполненная под руководством проф. П.В. Кожевникова.

Невнимание к истории научных школ и проблеме «учитель — ученик», к сожалению, встречается почти постоянно. Некоторые исследователи описывая историю научной школы, ограничиваются только библиографией ученого, упоминая имена тех, кто способствовал формированию этого ученого, или тех, кто находился под его влиянием.

Иногда историю научных школ пишут упрощенно, выделяя только деятельность руководителя как заведующего кафедрой, отделом, институтом. На истории отечественнных научных школ можно отчетливо проследить сотрудничество учителя с учениками, их совместную работу, взаимную помощь и совместное решение проблем. К настоящему времени изучена роль в развитии отечественной дерматологии выдающихся ученых XX века: А.Г. Полотебнова, В.М. Тарновского, С.Т. Павлова, О.Н. Подвысоцкой, Г.И. Мещерского, А.Я. Прокопчука, М.П. Батунина, П.В. Кожевникова, Н.А. Торсуева, И.И. Потоцкого и др. С большим вниманием должна быть изучена деятельность тех, кто способствовал воспитанию ученых, проанализированы педагогические приемы учителя, его методы распознавания и воспитания таланта. «Помочь талантливому человеку войти в науку, — утверждал академик М.Лаврентьев, —

для ученого дело, пожалуй, более важное и почетное, чем даже крупный собственный научный результат».

Обычное представление о том, что учитель создает учеников, может быть дополнено другим наблюдением: ученики «поднимают» учителя, «проясняют» его роль в развитии науки и практики, показывают истинное значение его выдающихся открытий. Нередко только в трудах учеников открывается все значение, все величие научного подвига учителя. Нередко учителю не удается добиться признания, не удается внедрить в жизнь свое предложение, метод, концепцию — он остается забытым, непризнанным, но в деятельности его учеников раскрывается богатство его научного наследия, сущность его научной школы.

«Ученик — это не сосуд, который надо наполнить, а факел, который нужно зажечь», — указывали ученые древности. Обычно ученики стараются подражать своему учителю, следовать его примеру, но все они отличаются от него, иногда противопоставляют себя ему и даже пытаются превзойти его. В истории науки известны случаи, когда ученик превосходит своего учителя, а учитель в свою очередь сам становится учеником. Высокое уважение к учителю не должно быть тормозом в дальнейшем продвижении учеников, что, к сожалению, наблюдается на многих кафедрах и институтах.

Изучение условий, при которых появляется решающая идея, концепция или метод, особенно важны. Как правило, выработка новой точки зрения является следствием преодоления каких-то старых, мешающих продвижению вперед положений. «Каждой эпохе, — подчеркивал Клод Бернар, — свойственна известная сумма ошибок и истин». История ошибок и заблуждений научной школы или отдельного исследователя неоправдано не пользуется вниманием современных исследователей. История подается односторонне, упрощенно, т.е. рассказывается только о тех путях, которые в конце концов привели к окончательному решению проблемы. Большой интерес представляет история открытия пенициллина. Его, как известно, открыл А. Флеминг, но следует помнить, что еще в 1892 г. В.А. Манасеин и А.Г. Полотебнов впервые указывали на лечебные свойства зеленой плесени.

История ошибок и заблуждений поучительна не только с точки зрения того, как оптимизм ученого, его упорство в правильности выбранного им пути оправдались и, исходя из солиопсизма, индивидуального сознания или других концепций, отрицает или недооценивает возможности человека и человеческого разума. Роль отдельного человека и отдельных ученых не должна быть забыта. Из того, что ученый работал в рядах школы, из того, что коллектив влиял на его исследование, не следует, что роль отдельного исследования нужно преуменьшить. Нередко встречаются исследования, в которых творческая роль ученого не освещена, о ней ничего не сказано.

История неудач — составная часть открытий. Более того, из истории

науки известно, что нередко именно неудачи открыли первый путь в избранном направлении. Последовательно отбрасывая одну неверную гипотезу за другой, испытывая все новые и новые подходы, оказавшиеся неверными, исследователь все-таки подходил к гипотезе, теории, методу, который обеспечивал открытие. История науки знает ряд примеров, когда ошибочная концепция была причиной нового поступательного движения науки. Так было, например, с нашумевшим открытием Р. Коха туберкулина. Однако эта ошибка дала толчок для работ Эрлиха и Пирке. Как известно, отрицательные результаты дали опыты лечения сифилиса инъекциями сыворотки сифилизованных животных, абортивное лечение, т.е. хирургическое удаление твердого шанкра или путем прижигания. В 1860 г. В. Ельцинский впервые предложил лечение сифилиса методом оспопрививания, а А.С. Розенблюм в 1872 г. доказал значение лихорадки при лечении сифилиса, что явилось основой современного метода пиротерапии при сифилисе.

Трудно, конечно, в широком потоке идей, достижений и открытий выделить точно, что сделано тем или другим исследователем. Это поможет определить научное направление руководителя научной школы и его учеников. В центре внимания исследователя, изучающего процесс зарождения, формирования и развития научной школы, должно быть научное творчество ученого. Однако не следует забывать или преуменьшать значение подготовительной стадии — процесса накопления опыта, навыков и знаний. Руководство научной школой не может быть шаблонным. У каждого крупного ученого имеется свой стиль, свои методы исследования, свой подход к решению проблемы. Большой ученый увлекает окружающих своей работой, новизной идей, личной страстью в научных исследованиях. Вокруг него формируется коллектив, заинтересовавшийся научным творчеством. Новый работник, попавший в эту обстановку, невольно захватывается ею и вовлекается в общую работу. И.П. Павлов говорил: «В том коллективе, которым мне приходится руководить, все делает атмосфера».

Потребуются многие годы работы для того, чтобы выяснить какие-то общие черты творчества ученых отечественной дерматовенерологии, даже единичные исследования выдающихся ученых-клиницистов, изучение их рабочих приемов, методов их овладения материалом, их способов анализа результатов исследования и т.д. Для изучения научной школы огромное значение могли бы иметь воспоминания учеников. Очень часто архивы крупнейших ученых пылятся в шкафах, не издаются или совсем уничтожены. В отечественной дерматовенерологии имеются интересные и содержательные воспоминания, изложенные в следующих монографиях: Н.А. Торсуев «П.В.Никольский», 1953; С.Т. Павлов «А.Г. Полотебнов», 1955; С.Е. Горбовицкий и Н.А. Торсуев «Т.П. Павлов и его школа», 1962; М.Н. Бухарович, В.А. Гребенников, К.К. Харабаджахов, Н.Н. Торсуева, А.Б. Худолеева «Н.А. Торсуев», 1986; С.П. Архангельский «В.М.

Тарновский», 1966; О.Л. Иванов, Е.Б. Мареева, Н.С. Потекаев «Виктор Александрович Рахманов», 2001; В.И. Прохоренков и Т.А. Яковлева «Отечественные дерматовенерологи (библиографический справочник)», 2003; Н.И. Гусаков «Анатолий Анатольевич Антоньев», 2005. В 2005 г. издан «Альманах российской дерматовенерологии», выпуск 1. Однако богатый научный опыт многих выдающихся ученых отечественной дерматовенерологии еще не получил должного освещения в специальных монографиях. Книги, статьи и записки выдающихся деятелей отечественной дерматовенерологии, накопивших большой опыт, оказали бы неоценимую услугу в воспитании нового поколения специалистов, которые могли бы почерпнуть из них много поучительных примеров, порой больше, чем из интернета.

Процесс распада научной школы, ее вырождения и ликвидации также заслуживает внимания и практически не освещен в отечественной дерматовенерологии. Нередко блестящая научная школа сходила на нет, теряла свой авторитет и свою продуктивность. Если процесс возникновения школы еще в какой-то степени изучен, то процессу ее распада совершенно не уделялось должного внимания.

Медицинские научные школы часто ликвидируются после того, как иногда была решена проблема, ради которой она была создана. Но чаще дело обстоит иначе: школа распадается потому, что участники ее обычно во втором и третьем поколении прекращают занимать творческие позиции по разным причинам, но, как правило, из-за потери ее лидера. Преждевременный распад научной школы может быть обусловлен не только смертью ее лидера, но и превращением его в догматика, препятствующего использованию в программе научного исследования новых методик, внесению новых положений в теоретическую программу своей научной школы. Однако не всегда распад научной школы связан с упадком ее научного значения. Иногда она обусловлена социальными факторами: политическими событиями, войной и т.д. Достоверное определение и установление существования той или иной научной медицинской школы в определенный период развития медицинской науки обосновывается упоминанием о ее функционировании в научных трудах ее лидера и его учеников, а также в трудах его современников.

В настоящее время в России работает 4 научно-исследовательских кожно-венерологических института, 68 кафедр кожных и венерических болезней, 318 кожно-венерологических диспансеров, 3 140 кабинетов амбулаторного приема. Всего в этих учреждениях России работает более 10 000 врачей-дерматовенерологов, возраст каждого третьего из них более 50 лет. Квалификационные категории имеют лишь 52% всех работающих врачей. В системе работает почти 300 кандидатов медицинских наук, около 100 докторов медицинских наук, 60 профессоров, 1 член-корреспондент и 2 академика РАМН, 47 заслуженных врачей РФ и 2 заслуженных деятеля науки РФ.

Как известно, присвоение званий член-корреспондента и академика лимитированы, а если и присваиваются, то только ученым столичных городов (Москва, Санкт-Петербург), в то время когда в других городах работают не менее известные ученые дерматовенерологии, но не могут получить такого звания.

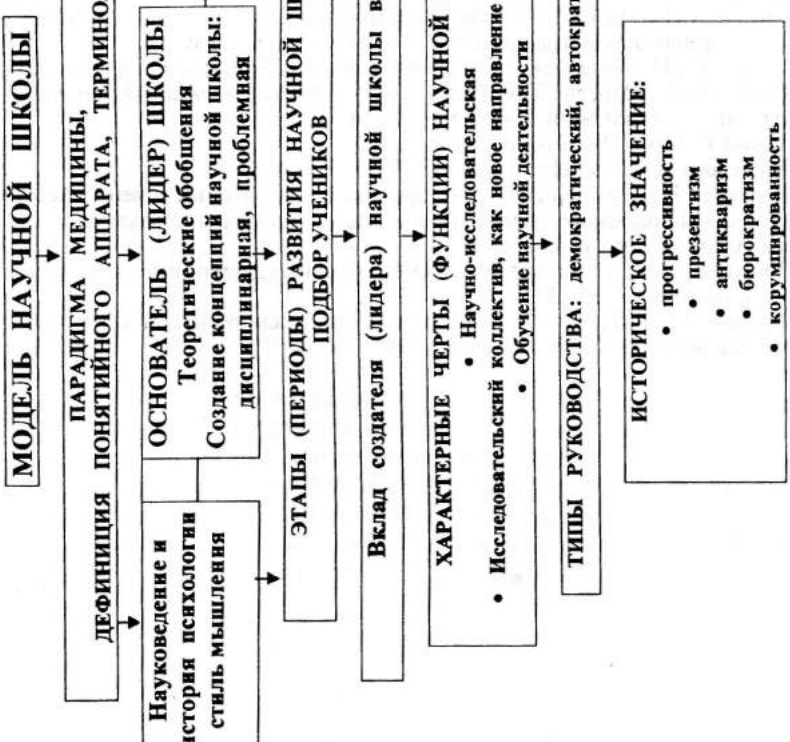
Таким образом, научную школу может создать заведующий кафедрой кожных и венерических болезней или руководитель профильных НИИ. Высокий уровень научно-исследовательских работ проводится в Уральском и Нижегородском институтах. К сожалению, Центральный научно-исследовательский институт хотя и является методологическим центром, но он потерял былую значимость в отечественной дерматовенерологии. Как указывает А.А. Кубанова (2005), в настоящее время отсутствует координация научно-исследовательских работ в дерматовенерологии, а диссертационные работы нередко защищаются на непрофильных диссертационных советах. Но так называемые специализированные ученые советы являются монополистами в медицинской науке, которые иногда сами являются тормозом в развитии различных проблем медицинской науки.

В настоящее время количество врачей по дерматовенерологии превышает потребность лечебно-профилактических учреждений. Таким образом, подготовленные специалисты различных научных школ отечественной дерматовенерологии определяются на работу в негосударственные секторы медицины. В таких случаях научная школа не получает своего дальнейшего развития в последующих поколениях по разным причинам и прекращает свое существование. Она является несостоявшейся, а ее руководитель в лице заведующего кафедрой или профильного НИИ не может считаться основателем этой научной школы.

Можно долго перечислять глубокие и увлекательные проблемы, которые встают перед лидерами научных школ, однако перспективы в этой области ограничены, а практические результаты воспитания специалистов молодого поколения являлись бы залогом дальнейших научных успехов отечественной дерматологии и венерологии.

К сожалению, ученые степени иногда становятся вопросом не столько науки, сколько карьеры и престижа. Поэтому «остепеняются» и чиновники, не занимающиеся и не собирающиеся заниматься наукой. Степень нужна им как «запасной выход». Иногда они и не пишут сами «своих» диссертаций.

Кандидатская ступень проходится сравнительно легко, если научный руководитель корифей. Но до докторской надо «выслужиться» перед соответствующей «группой», и пройдут годы и годы, если не найдется у молодого ученого могучей «руки». И чем он талантливей, тем выгодней руководителю дольше держать его на подсобных работах, использовать его способности и энтузиазм в собственных интересах.



Предложена автором в 1994 г.

Литература

1. Алексеева Е.В. Исторический опыт интеграции медицинских наук на основе изучения заболеваний слизистых рта. Автореф. дисс. канд., М., 1993.

2. Архангельский С.П. В.М.Тарновский. М., 1966.

3. Бухарович М.Н., Гребенников В.А., Харабаджахов К.К., Торсуева Н.Н., Худолеева А.Б. Н.А. Торсуев. Очерк. Ростов-на-Дону, 1986.

4. Горбовицкий С.Е., Торсуев Н.А. Т.П. Павлов и его школа. Л., 1962.

5. Гусаков Н.И. Анатолий Анатольевич Антоньев (К 85-летию со дня рождения). Очерк. М., 2005.

6. Гусаков Н.И. Научные школы отечественной дерматовенерологии в развитии (XX век). Автореф. дисс. докт., М., 1997.

7. Гусаков Н.И. Развитие отечественной дерматовенерологии и ее важнейшие научные школы. М., 1992, ч. 1 и ч. 2.

8. Гусаков Н.И. Московская научная школа дерматовенерологии и ее филиалы. М., 1994, ч.1-5.

9. Завьялов А.И., Утц С.Р., Якунин И.А. Профессора дерматовенерологии повольжья: историко-библиографические очерки. Саратов, 2006.

10. Завьялов А.И., Потекаев Н.С. Павел Семенович Григорьев. Саратов, 2001.

11. Иванов О.Л., Мареева Е.Б., Потекаев Н.С. Виктор Александрович Рахманов (Краткий очерк жизни и деятельности). М., 2001.

12. Павлов С.Т. А.Г.Полотебнов, Л., 1955.

13. Поспелова Н.Н. А.И.Поспелов. М., 1962.

14. Потекаев Н.С. Материалы к истории кафедры кожных и венерических болезней 1-го Московского ордена Ленина Медицинского института им. И.М. Сеченова. Автореф. дисс. канд., М., 1958.

15. Прохоренков В.И., Яковлева Т.А. Отечественные дерматовенерологи. Библиографический очерк. М., 2003.

16. Фролова М.А. История старейшей в России Калинкинской кожно-венерологической больницы. Дисс. канд., Л., 1959.

Глава 14

К ИСТОРИИ БИБЛИОГРАФИИ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ДЕРМАТОЛОГИИ И ВЕНЕРОЛОГИИ

Каждый врач и тем более научный сотрудник должен много времени посвящать научной литературе. Медицина быстро развивается, и только постоянная работа над литературными источниками может обеспечить формирование специалиста. Систематическое изучение литературы очень важно для общего медицинского развития, а специальные поиски научных источников необходимы для проведения текущей научной работы.

Расцветом медицинской библиографии считается XVIII век. Особой популярностью пользовался Альбрехт Галлер (1708–1777), который начал составлять не только списки медицинских книг, но и статей из периодических медицинских изданий и опубликовал обстоятельные указатели литературы по анатомии, физиологии, практической медицине и хирургии. Продолжателем его работы явился датский военный врач A.C. Callisen (1786–1866), опубликовавший в 1830–1845 гг. в 33 томах капитальный «Medizinisches Schriftsteller — Lexicon der jetzt lebenden Aerzte», содержащий более 99 000 библиографических записей.

В дальнейшем в связи с увеличением обьема медицинской литературы, медицинская библиография составлялась большим коллективом. Особенно большое распространеие получили реферативные и обзорные издания «Schmidt's Jahrbucher der in — und anslandischen Medizin» (1834–1922) и «Jahresberichte uber die Leistungen und Fortschritten in der gesamten Medizin» (1841–1916). Итоги научной работы немецких дерматологов обощены в 41-томном «Handbuch der Haut uhd Geschlechtskankheiten», выходившем с 1927 по 1932 гг. под редакцией Jadassohn. С 1958 г. в Германии начало выходить новое многотное руководство по дерматологии и венерологии под редакцией Gottron и Schoenfeld.

В России в XIX веке большую популярность получил ретроспективный 6-томный «Систематический каталог библиотеки Медико-хирургической академии» (1871–1884), включающий 42 000 названий книг, брошюр и диссертаций и 110 000 журнальных статей на разных языках. До этого научные работы отечественных авторов печатались во «Всеобщем журнале врачебной науки» (1811–1826). Работы иностранных авторов подвергались серьезной критике. Журналы «Вестник естествен-

ных наук и медицины» (1828–1833), «Терапевтический журнал» (1837–1847) и другие печатали в основном работы иностранных авторов, работ русских авторов было мало, а некоторые из них печатались даже без фамилий авторов.

Крупными медицинскими библиографическими источниками являлись: «Указатель русской литературы по математике, частным и прикладным естественным наукам» (1872–1899, 1899–1906), «Указатель оригинальных статей в русских медицинских журналах» (1877–1905), «Систематический книжный каталог Военно-медицинской академии» (1900–1903), «Библиографический указатель русской медицинской литературы» (1890–1896), «Русская библиография по естествознанию и математике» (1901–1913), «Ежегодник русской медицинской печати» (1911–1912).

Большое распространение в России получили годовые библиографические указатели медицинской литературы, составленные И.М. Рахманиновым и опубликованные в журнале «Медицинское обозрение» за 1877–1906 гг., указатели К.И. Змигродского и Г.М. Незмера, охватывающие русскую медицинскую литературу за 1890–1896 гг. Литература за 1911–1912 гг. зарегистрирована «Ежегодником русской медицинской печати», изданным под редакцией А.В. Мартынова. Сведения по форме публикаций персональных библиографических материалов приводятся в «Русском библиографическом словаре» (1896–1918), книге Л.Ф. Змеева «Русские врачи – писатели» (1886–1892), И.М. Кауфмана «Русские биографические и библиографические словари» (М., 1950, 1956).

Хорошими источниками по медицинской бибилиографии являются годовые обзоры, изданные в разных странах под разными названиями.

Наиболее популярным является издание Стенфордского университета в США — «Annal review of physiology», «Annal review of biochemistry» и др.

Необходимо отметить, что дореволюционные каталоги и указатели не квалифицировали медицинскую науку по отдельным специальностям. Основными источниками библиографии по дерматологии являлись медицинские периодические журналы и газеты. Крупным событием в научной жизни России явилось издание журнала «Медицинский вестник» (1861–1885), в котором сотрудничали выдающиеся представители русской медицинской науки: С.П. Боткин, Г.А. Захарьин, В.А. Манасеин, А.Г. Полотебнов, Н.В. Склифосовский и др. На страницах этого журнала часто публиковались рецензии на медицинские книги и периодические издания, а также отчеты съездов врачей.

Немалую роль в развитии отечественной библиографии по дерматологии сыграл также ежемесячный журнал «Медицинское обозрение» Спимона за 1874–1918 гг. Журнал с первых лет существования преследовал цель знакомить практических врачей с содержанием важнейших работ, наблюдений и исследований как в зарубежной, так и отечествен-

ной медицине. Среди постоянных авторов этого журнала были известные отечественные дерматологи — А.И. Поспелов, М.И. Стуковенков, П.В. Никольский и др. Видное место в «Медицинском обозрении» занимал наиболее полный в отечественной медицинской периодической печати библиографический раздел, который постоянно расширялся. Важное значение в развитии отечественной библиографии по дерматологии и венерологии сыграли медицинские газеты, в частности «Друг здравия» (1833–1869). На страницах этой газеты часто сообщались сведения по дерматологии, венерологии и косметологии. Газета пользовалась широким спросом среди медиков, а в 1851–1858 гг. приобрела наибольшую популярность. В эти годы в газете часто печатались статьи и лекции Н.И. Пирогова и его учеников, а также работы А.Г. Полотебнова, М.И. Стуковенкова, В.М. Тарновского и др. В газете «Друг здравия» систематически печатались протоколы заседаний «Общества Русских врачей в Петербурге», основанного в 1833 г., широко была представлена библиография по всем разделам медицины.

Особое место среди других медицинских изданий занимает «Военно-медицинский журнал» (1823–1917). Это один из старейших медицинских журналов, освещающий вопросы практической медицины.

В журнале печатали статьи и многие дерматологии, в частности А.Г. Полотебнов. Его библиографический раздел дает ясное представление о текущей медицинской литературе. Большую ценность представляли ежегодные обзоры и библиография русской медицинской литературы. В 1917 г. выпуск «Военно-медицинского журнала» был приостановлен и возобновлен в 1924 г. под названием «Военно-санитарное обозрение».

Наиболее ценным является «Библиографический указатель советской дерматологии и венерологии» С.М. Гитмана в 4 томах (М., 1935–1964), охвативший отечественную литературу по дерматовенерологии за 1900–1958 гг. Хронологически материал в томах распределяется следующим образом: Т. 1 — 1900–1931 гг.; Т. 2 — 1932–1938 гг.; Т. 3, кн. 1 – 1939–1945 гг.; Т. 3, кн. 2 — 1946–1950 гг.; Т. 4, кн. 1 — 1954–1958 гг. (С.М. Гитман и Н.А. Жуков);


С. М. ГИТМАН

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ СОВЕТСКОЙ ДЕРМАТОЛОГИИ И ВЕНЕРОЛОГИИ
за 1932—1938 гг.

ТОМ II

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МЕДГИЗ — 1956 — МОСКВА

Рис. 44. **титульный лист указателя С.М. Титмана (1956)**

Т. 4, кн. 2 — 1959–1961 (Н.А. Жуков). В шести книгах этого указателя учтено около 51 000 названий книг, диссертаций, рецензий, статей, расположенных в алфавите предметных рубрик. Хронологическим продолжением этого указателя являются полугодовые списки книг и брошюр (без статей) по дерматологии и венерологии, составленного В.А. Невским и напечатанного на страницах журнала «Вестник дерматологии и венерологии»: 1959 — №3, 5; 1960 — №5, 11; 1961 — №4, 6; 1962 — №2, 6; 1963 — №3, 8; 1964 — №2, 9; 1965 — №2, 12; 1966 — №5, 8; 1967 — №3, 8; 1968 — №2, 8; 1969 — №1, 7; 1970 — №4. Всего около 1 000 названий монографий, сборников, брошюр, материалов конференций. Из других наиболее крупных библиограграфических указателей по дерматологии и венерологии необходимо отметить «Библиографический указатель работ отечественных авторов по лепре» (1900–1957) Н.А. Торсуева и «Библиографический указатель отечественной литературы по гонорее» (1900–1939) А.М. Гаспаряна.

Немалую роль в развитии отечественной дерматологии и венерологии сыграли диссертации; наиболее важные из них изданы монографиями. Так, в дореволюционный период отечественными дерматологами было выполнено 195 диссертаций на ученую степень доктора медицинских наук. С 1917 по 1960 гг. в России было защищено 378 диссертаций по дерматологии, венерологии и смежным разделам. С 1961 по 1969 гг. было защищено 217 диссертаций по дерматовенерологии. В.А.Невский впервые собрал диссертации русских врачей по дерматологии и венерологии XVIII и первой половины XIX столетий (1736–1850), опубликованных в журнале «Вестник дерматологии и венерологии» 1960, №9, с. 61–68. Приведено 76 названий докторских и кандидатских диссертаций на латинском языке, описания с переводом на русский язык. В журнале «Вестник дерматологии и венерологии» №4 за 1963 г. В.А. Невский опубликовал дополнения к предыдущему списку (28 диссертаций).

А.С. Чубарова и Л.И. Кочарова в «Научных трудах Института усовершенствования врачей им. Кирова» за 1957 г., вып. 12 (с. 129–142) и 1960 г., вып. 21 (с. 249–257) опубликовали список диссертаций по кожным и венерическим болезням с 1765 по 1917 гг. В дальнейшем списки докторских и кандидатских диссертаций по кожным и венерическим болезням с 1917 по 1970 гг. публиковались на страницах журнала «Вестник дерматологии и венерологии»: 1960 — №2–7; 1961 — №2–4, 6; 1962 — №1, 4, 5, 7, 9; 1963 — №6–8, 11; 1964 — №1; 1965 — №12; 1966 — №8; 1967 — №9; 1968 — №6, 9–12; 1969 — №1, 2, 4–7, 9–11; 1970 — №1, 2, 4–7, 9, 10, 12; 1971 — №1 (всего 1780 названий). С 1961 г. (№2) диссертации аннотировались: указывалась тема, методика исследования и полученные результаты.

Широкий круг вопросов по клинике, диагностике и профилактике заразных кожных и венерических болезней получили отражение в биб-

лиографических указателях ученых Нижегородского научно-исследовательского института дерматологии и венерологии. Э.Н. Летицкая и Г.П. Булаева в «Библиографическом указателе научных работ сотрудников Горьковского научно-исследовательского института дерматологии и венерологии и членов Горьковского научного общества врачей-дерматологов и венерологов» опубликовали работы ученых и врачей за период с 1922 по1968 гг. (Горький, 1969, с. 113). В указателе приведено 1 267 названий монографий, справочников, диссертаций, сборников, методических пособий, информационных писем и статей. С.Н. Непевная и А.С. Новицкий в «Библиографическом указателе научных работ Минского кожно–венерологического института» (Минск, 1977) привели свыше 1 000 наименований с 1945 по 1976 гг. А.И. Завьялов в «Библиографическом указателе научной и учебной литературы, опубликованной сотрудниками кафедры кожных и венерических болезней Саратовского медицинского университета (1912–2002)» (Саратов, 2002) привел 1665 названий статей, монографий, диссертаций, изобретений и рациогализаторских предложений. Н.О. Сеньков, Г.А. Исламова, А.Г. Красноперова в «Библиографии научных работ Казахского научно-исследовательского кожно-венерологического института и кафедры кожных и венерических болезней Казгосмединститута» (Алма-Ата, 1960) собрали научные материалы с 1926 по 1960 гг. А.А. Абрамян составил «Библиографию научных работ Туркменского научно-исследовательского института за 25 лет (1932–1957)», опубликованную в трудах института (1961, т. 6, с. 310–332). Э. Эльберг в работе «Научные и научно-популярные работы кафедры дерматологии и венерологии ТГУ» опубликовала в книге «Материалы XI республиканской конференции дерматовенерологов ЭССР», Тарту, 1969, с. 112–140. М.А. Батунин составил «Горьковский библиографический указатель печатных работ по дерматологии и венерологии», опубликованный в Научных записках Горьковского института дерматологии и венерологии, 1955, вып. 16, с. 292–318; 1960, вып. 21, с. 460–467; 1964, вып. 24, с. 313–323; 1968, вып. 27, с. 230 –238. Всего 900 названий монографий, брошюр, диссертаций, методических материалов, отчетов, протоколов заседаний обществ и статей за 1870–1965 гг. Ч.М. Исмаил-Заде в «Библиографическом указателе по дерматовенерологии за 40 лет Советской власти в Азербайджане (1920–1960)», опубликованного в Азербайджанском мед. журнале в 1960 г., №10, с. 58–62; 1961, №11, с. 52–61; 1962, №6, с. 48–52, привел свыше 250 названий монографий, диссертаций, статей и рукописей. М.Е. Миракян в «Библиографии научных работ дерматовенерологов Армянской ССР за 1921–1967 гг.», опубликованной в книге: Сб. науч. трудов 1-й респ. конф. дерматовенерологов Армении (Ереван, 1969, вып. 2, с. 290–302), привела около 300 наименований. Л.Т. Шицерули, Г.М. Пхаладзе, А.Я. Вартапетов и др. в «Библиографическом указателе научных работ, выполненных дермато-венерологами Грузии до 1975 (Тбилиси, 1975), за 1975–1985 гг., (Тбилиси, 1985), привели свыше

1 000 названий монографий, учебников, диссертаций, статей и рецензий. Н.А. Торсуев и М.Н. Бухарович составили «Библиографический указатель научных работ, выполненных сотрудниками кафедры кожных и венерических болезней Донецкого государственного медицинского института им. М. Горького и врачами дерматовенерологами Донецкой области до 1962 г.», (Донецк, 1975); за 1962-1973 гг., (Донецк, 1974; за 1974–1977 гг., (Донецк, 1978). Всего около 2 000 названий отдельных изданий, авторефератов диссертаций, методических рекомендаций, статей. Г.С. Цераидис, Л.В. Ситарская и А.М. Кушнерук в «Библиографическом указателе научных работ сотрудников Харьковского научно-исследовательского института дерматологии и венерологии за период с 1924 по 1976 гг.» (Харьков, 1977) привели около 2 000 названий научных работ, посвященных различным вопросам отечественной дерматологии и венерологии.

Имеются также пособия по кожным и венерическим болезням, отражающими литературу по отдельным заболеваниям. Среди них необходимо назвать два отдельно изданных пособия по кожному лейшманиозу Н.Ф. Родякина и Н.В. Двуреченской «Кожный лейшманиоз» (Болезнь Боровского). Библиографический указатель литературы (1862–1960), Ашхабад, 1962 и С.М. Самедова «Кожный лейшманиоз». Библиографический указатель литературы (1964–1974), Ашхабад, 1095.

В библиографическом указателе К.Е. Тамилина «Сифилис» за 1963–1972 гг. (М., 1973 г.) содержится около 800 наименований. Работы на русском и иностранных языках за 1973–1975 гг. включены в указателе «Сифилис» К.Е. Тамилина, В.Ф. Журавлева (М., 1977 г.) (всего учтено 1039 названий).

Текущие библиографические издания по дерматологии и венерологии являются частью универсальной. Книжная палата России опубликовала обширные материалы по медицинской библиографии в «Книжной летописи», «Летописи журнальных статей» и «Ежегодных книгах СССР». С 1928 по 1941 гг. в России выходил «Центральный реферативный медицинский журнал», отражающий основные научные достижения отечественной медицины.

После Великой Отечественной войны с 1948 по 1956 гг. издавалось «Советское медицинское реферативное обозрение» по всем разделам медицинской науки в 15 сериях, которое выборочно отражало информацию по дерматовенерологии. С 1957 г. Медгизом и отделом научной медицинской информации Института организации здравоохранения и истории медицины издавался «Медицинский реферативный журнал». Рефераты, аннотации и библиографические описания печатались в Институте научной информации АН СССР в журналах «Биология» с 1954 г. и «Биологическая химия» с 1955 г. В этих двух журналах отражена основная отечественная и зарубежная литература по экспериментальной медицине.

Большую роль в развитии отечественной библиографии сыграл организованный в 1963 г. Всесоюзный научно-исследовательский институт медицинской и медико-технической информации (ВНИИМИ), что ускорило сбор и обработку медицинской информации в виде отдельных карточек, тематических и реферативных сборников. Были изданы специальные библиографические указатели по анатомии, хирургии, стоматологии, дерматовенерологии и другим специальностям.

Информационно-библиографические издания Всесоюзной книжной палаты подробно описаны в справочнике И.Б. Грачева и В.Н. Францкевича «Государственная библиография СССР» (М., 1967 г.) и др.

Работа М.П. Мультановского «Русская медицинская печать. Библиографические материалы», опубликованные в «Центральном реферативном журнале» (1930, т. 5 вып. 2–4; 1934, т. 13, вып. 5; 1938, т. 21, вып. 1). Материалы, опубликованные в 1930 и 1934 гг. изданы отдельными книгами. В них даны сведения о более чем 1 600 библиографических указателях по отечественной медицинской литературе, в том числе и дерматовенерологии. Огромное значение в развитии отечественной дерматовенерологии в России сыграли «Русский журнал кожных и венерических болезней», основанный в 1901 г. И.Ф. Зеленовым, а также «Журнал дерматологии и сифилидологии» (1901) и «Дерматология» (1913), основанные талантливым дерматологом проф. В.В. Ивановым. С 1924 г. в России выходило два дерматологических журнала: «Русский вестник дерматологии и венерологии» и «Венерология и дерматология». В 1932 г. эти журналы были объединены в один журнал — «Советский вестник венерологии и дерматологии» с более крупным тиражом. С 1937 г. этот журнал переименован в «Вестник дерматологии и венерологии». Большое внимание в журналах и научных трудах по дерматовенерологии уделялось вопросам борьбы за приоритет отечественной медицины.

В период Великой Отечественной войны (1941–1945) периодическая печать всех специальностей, несмотря на некоторое снижение тиража журналов и других изданий, связанной с трудностями военного времени, отражала наиболее насущные проблемы лечебного и профилактического обслуживания фронта и тыла. Необходимо отметить, что работа медицины этого периода получила отражение в 35-томной энциклопедии «Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.», 6-томном «Энциклопедическом словаре военной медицины» (1946) и др., где имеются сведения по кожным и венерическим заболеваниям этого периода времени.

В практике врачей и научных работников медицины важную роль играет прикнижная и пристатейная библиография фундаментальных работ последних лет. Учебники для высшей медицинской школы обычно не содержат больших материалов по медицинской библиографии. Приводим также список основных иностранных библиографических указателей как общемедицинских, так и отраслевых.

Общемедицинские библиографические указатели:

Current contents. Life sciences. Philadelphia, 1977. Еженедельные выпуски содержат аналитическую роспись журналов (более чем 1 000 названий) по биологии, медицине и сельскому хозяйству.

Excerpta medica. The international medical abstracting service, covering every aspect of the important medical literature of the world. Amsterdam, 1947. — Эксцерпта медика. Реферативная библиография по медицине. Система реферативных журналов, выходит по 18 секциям. Секция XIII — Дерматология и венерология.

Index medicus. Bibliography of medical revies. Washington, 1960. Указатель медицинской литературы. Ежемесячный журнал. Включает статьи и периодики разных стран. Аннотаций нет. Кроме того, издается ежегодный куммулирующий указатель: Cumulated index medicus (с 1960 г.).

National library of medicine currentcatalog. Washington, 1966. Ежеквартальный аккумулирующий каталог книг по медицине. Аннотаций нет.

Отраслевые указатели:

Annales de dermatologie et de syphilographie. Paris, 1869. Анналы дерматологии и сифилидологии. Содержат рефераты или краткие аннотации книг и статей из периодики разных стран.

British journal of urology. Edinburgh and London, Livingstone Ltd., 1929. — Британский журнал урологии. В реферативном отделе содержатся сведения о статьях из общемедицинских и урологических журналов разных стран.

Britisn journal of venereal diseases. London, 1925. — Британский журнал венерологии. Включает статьи из периодики разных стран. Содержит подробные рефераты.

Dermatology and venerology. Amsterdam. 1947 (Excerpta medica. Section XIII). — Дерматология и венерология. Ежемесячный реферативный журнал, секция XIII издания Excerpta medica.

France. Centre national de la recherche scintifique. Bulletin signalitique. 348. Dermatologie. Venerologie. Paris, 1972. — Сигнальный бюллетень по дерматологии и венерологии. Включает статьи из периодики разных стран. Большинство статей сопровождается пояснениями и краткими рефератами.

Index of dermatology. Including: Clinical dermatology, investigative dermatology, dermatopathology. Bethesda, 1969. — Указатель литературы по дерматологии. Включает статьи из периодики разных стран. Аннотаций нет.

International journal of leprosy. Washington, 1933. — Международный журнал по проказе. Содержит рефераты статей из периодики разных стран.

Zentralblatt fur Haut-und Geschlechts — Krankheiten, sowie deren Grenzgebiete. Berlin — Gottingen — Heidelberg, 1921. — Журнал по кож-

новенерическим болезням и пограничным с ними областями. Содержит рефераты книг и статей из журналов разных стран.

Опыт показывает, что нельзя ограничиваться изучением только современной научной литературы, необходимо также знать научные работы своих предшественников, у которых есть чему поучиться. В свое время рекомендовались: «Накожные болезни» (1863) Н. Масурова, «Руководство к изучению болезней кожи» (1875) Ф. Гебра, «Руководство к изучению кожных болезней» (1905) А.И. Поспелова, «Болезни кожи» (1928) П.В. Никольского, «Основы дерматологии» (1930) Ж. Дарье, «Клиника болезней кожи» (М., 1931), оригинальный «Учебник венерических и кожных болезней» (1938) П.С. Григорьева и др. С современной точки зрения многие вопросы в этих книгах освещены недостаточно, но других в тот период руководств на русском языке не было и они являются классическими. Необходимо также изучение основных журналов по дерматологии и венерологии примерно за последние 20–30 лет. Такой просмотр литературы даст лучшую ориентацию в поиске литературы по какому-либо вопросу.

Первое в России «Руководство по дерматовенерологии» вышло в двух томах: Т. 1 «Венерические болезни», М., 1959; Т. 2, кн. 1 «Кожные болезни», М., 1961; Т. 2, кн. 2 «Кожные болезни», М., 1964, не потерявшее своей актуальности по настоящее время. Это руководство было переиздано в четырех томах под названием «Кожные и венерические болезни», Т. 1–2, М., 1995; Т., 3–4, М., 1966. В 1999 г. оно было переиздано в двух томах.

Популярными зарубежными руководствами по дерматовенерологии являются: «Dermatology in general medicine»Tomas B. Fitspatrick, Arthur Z. Eisen, Rlaus Wolff, Irwin M. Freedberg, K. Frank Fusten; «Dermatology» O. Braun-Falco, G. Plewig, H.H. Wolf, R.K. Winkelmann; «Dermatoloqie» R. Deqos, E. Lortat-Jacob; «Choroby skory» Stefania Jablonska; «Dermatology» Pillsbury, Shtlley, Kligman; «Diseases of the skin» Sutton et all.

В настоящее время большая часть современных дерматовенерологов работает дома во всемирной «паутине». Интернет открывает новые возможности перед дерматовенерологами. Наиболее популярными являются программы qopher и WWW, но многие научные работы отечественных авторов пропущены, их там просто нет. Однако компьютерная сеть интернет располагает фундаментальными исследовательскими и образовательными ресурсами в области дерматовенерологии и является современным инструментом познания. ГЦНМБ разработал новый вид информационного обслуживания на компакт-дисках CD-ROM, который дает специалисту возможность получать доступ к электронному каталогу и обеспечивать себя новой медицинской библиографией. Это позволяет также работать с известной в мире медицинской базой данных MEDLINE, созданной в Национальной медицинской библиотеке США.

14.1. ПЕРИОДИЧЕСКИЕ ИЗДАНИЯ ПО ДЕРМАТОЛОГИИ И ВЕНЕРОЛОГИИ В РОССИИ

1890–1900 — Протоколы Русского сифилидологического и дерматологического общества. СПб, с 1897 в Москве.
1891–1907 — Протоколы Московского венерологического и дерматологического общества. М.
1901 – Протоколы Киевского сифилидологического общества. Киев.
1901–1902 — Журнал дерматологии и сифилидологии. СПб (ежемесячно).
1901–1917 — Русский журнал кожных и венерических болезней (ежемесячно) под ред. И.Ф. Зеленева в Харькове, с 1911 в Москве.
1902 — Венерологический вестник. М., 4 раза в год
1908–1910 — Косметика (Популярно-научный и художественный журнал). СПб, с № 4 в Варшаве, 2 раза в месяц.
1913–1914 — Дерматология. СПб (под ред. В.В. Иванова).
1914 — Красота и здоровье. М.
1924–1930 — Русский вестник дерматологии. М. (под ред. В.В. Иванова).
1924–1931 — Венерология и дерматология. М.
1931 — Советский вестник дерматологии. М. (ежемесячно).
1932–1936 — Советский вестник венерологии и дерматологии. М. (объединён с предыдущим).
1937–1941 — Вестник венерологии и дерматологии. М. (ежемесячно).
1945 — Вестник венерологии и дерматологии. М. (ежемесячно), с 1957 — 6 раз в год, с 1960 — ежемесячно, с 1994 — 6 раз в год.
1934–1935 — Советская дерматология. Горький.
1939–1940 — Практическая дерматология. Минск.
1944 — Практическая дерматология. Ярославль.
1948–1956 — Советское медицинское реферативное обозрение.
1957–1994 — Реферативный журнал иностранной медицинской литературы. М., раздел 11 (ежемесячно).
1900–1958 — Библиографический указатель советской дерматологии и венерологии. Т. 1–4.
1959–1964 — Руководство по дерматовенерологии. Т. 1–3.
1957–1989 — Медицинский реферативный журнал (раздел 11).
1994 — Заболевания, передаваемые половым путём, М., 6 раз в год.
1995–1996 — Кожные и венерические болезни. Т. 1–4. (под ред. Ю.К. Скрипкина).
1997 — Вестник последипломного медицинского образования, 6 раз в год.
1998 — Российский журнал кожных и венерических болезней (под ред. О.Л. Иванова).
2006 — Дерматология. Клинические рекомендации. М., 1-2 раза в год.

14.2. МОНОГРАФИИ, ПОСВЯЩЕННЫЕ ИСТОРИИ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ

1. **Торсуев Н.А.** — «П.В. Никольский». М., 1953.
2. **Павлов С.Т.** — «А.Г. Полотебнов». Л., 1955.
3. **Поспелова Н.Н.** — «А.И. Поспелов». М., 1962.

4. **Горбовицкий С.Е. и Торсуев Н.А.** — «Т.П. Павлов и его школа». Л., 1962.
5. **Бухарович М.Н., Гребенников В.А., Харабаджахов К.К., Торсуева Н.Н., Худолеева А.Б.** — «Н.А. Торсуев» (Очерк). Ростов-на-Дону, 1986.
6. **Архангельский С.П.** — «В.М. Тарновский». М., 1966.
7. **Гусаков Н.И.** — «Открытия, приоритеты и знаменательные даты отечественной дерматологии и венерологии». М., 1993.
8. **Гусаков Н.И.** — «Развитие отечественной дерматовенерологии и её важнейшие научные школы». М., 1992, ч. 1 и ч. 2.
9. **Гусаков Н.И.** — «От косметики до косметологии». М., 1993.
10. **Гусаков Н.И.** — «Московская научная школа дерматовенерологии и её филиалы». М., 1994, ч. 1–5.
11. **Иванов О.Л., Мариев В.Б., Потекаев Н.С.** — «Виктор Александрович Рахманов. Краткий очерк жизни и деятельности». М., 2001.
12. **Завьялов А.И., Потекаев Н.С.** — «Павел Семенович Григорьев». Саратов, 2001.
13. **Прохоренков В.И., Яковлева Т.А.** Отечественные дерматовенерологи (Библиографический справочник). М., 2003.
14. **Гусаков Н.И., Баткаев Э.А., Рюмин Д.В.** — «Анатолий Анатольевич Антоньев» (К 85-летию со дня рождения). 2005.
15. Альмонах Российской дерматовенерологии. М., 2005, 1-2 раза в год.
16. **Завьялов А.И., Утц С.Р., Якулов И.А.** — «Профессора дерматологии Поволжья: историко-библиографический очерк». Саратов, 2006.

14.3 ДИССЕРТАЦИИ, ПОСВЯЩЕННЫЕ ИСТОРИИ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ

1. **Алексеева Е.В.** — Исторический опыт интеграции медицинских наук на основе изучения заболеваний слизистых рта. М., 1993.
2. **Рахимова Л.В.** — Вклад Ибн-Сины (Авиценны) в развитие дерматовенерологии. М., 1987.
3. **Гусаков Н.И.** — Развитие отечественной сифилидологии по рукописным работам русских врачей XVIII и начала XIX столетий. М., 1975.
4. **Гусаков Н.И.** — Научные школы отечественной дерматовенерологии в развитии (XX век). М.
5. **Селисский Г.Д.** — История развития учения о пиодермиях в России. Донецк, 1965.
6. **Туранов Н.М.** — Материалы к истории борьбы с сифилисом в СССР и пути ликвидации заразных форм этой инфекции. М., 1965.
7. **Фандеев Л.И.** — История отечественной дерматомикологии. Ижевск, 1962.
8. **Фролова М.А.** — История старейшей в России Калинкинской кожно-венерологической больницы. Л., 1959.
9. **Потекаев Н.С.** — Материалы к истории кафедры кожных и венерических болезней 1-го Московского ордена Ленина Медицинского института им. И.М. Сеченова. М., 1958.
10. **Гриневич В.М.** — История кожных и венерических болезней в древности. Ростов-на-Дону, 1951.
11. **Юринов Т.М.** — Краткий очерк по истории дерматологии. Казань, 1939.

Литература

1. Васильева М.С. Разработка системы диффенцированного обеспечения информацией специалистов, оказывающих косметологическую помощь. Автореф. дисс. канд., М.,1973.

2. Гаспарян А.М. Библиографический указатель отечественной литературы по гонорее за 40 лет (1900–1939). Харьков, 1941.

3. Гитман С.М. Библиографический указатель Русской дерматологии и венерологии за 1900–1931 гг. М., 1935.

4. Гитман С.М. Библиографический указатель Советской дерматологии и венерологии, 1932–1938 гг. М., 1952

5. Гитман С.М. Библиографический указатель Советской дерматологии и венерологии, 1939–1945 гг. М., 1958, кн. 1.

6. Гитман С.М. Библиографический указатель Советской дерматологии и венерологии, 1946–1950 гг. М., 1958, кн. 2.

7. Гитман С.М. и Жуков Н.А. Библиографический указатель Советской дерматологии и венерологии, 1951–1958 гг. М., 1964, кн. 1.

8. Грачев И.Б., Францкевич В.Н. Государственная библиография СССР. Справочник, 2-е изд., М., Книга, 1967.

9. Гребенников В.А., Тарнуева С.Д., Кузнецова Н.П. История дерматологии в Сибири и на Дальнем Востоке. В кн.: Дерматозы в Сибири и на Дальнем Востоке. Улан-Уде, 1992, с. 5–32.

10. Жбанков Д.Н. Библиографический указатель по земско-медицинской литературе. М., 1890.

11. Жбанков Д.Н. Материалы к истории русской медицинской прессы в 1792–1924 гг. Врачебное дело, 1927, №23–24, с. 1695–1708.

12. Жуков Н.А. Библиографический указатель Советской дерматологии и венерологии, 1959–1961 гг., М.,1964.

13. Завьялов А.И. Библиографический указатель научной и учебной литературы, опубликованной сотрудниками кафедры кожных и венерических болезней Саратовского государственного университета (1912–2002). Саратов, 2002.

14. Здобнов Н.В. История русской библиографии от древнего периода до конца XX века. М., 1944.

15. Змигродский К.И. Библиографический указатель русской медицинской литературы, 1890–1891. М., 1892.

16 Иевши Е.А. Библиографический поиск в научной работе. М., 1992.

17. Ильин А.А., Сахарова Р.Я., Маркович Г.Е. Геморрагический васкулит (капилляротоксикоз, болезнь Шенлейн-Геноха). Указатель отечественной литературы за 1960–1970 гг. Фрунзе, 1973.

18. Инасаридзе Г.З. Библиографический указатель отечественной урологии и смежных областей за 100 лет(1855–1955).Тбилиси, 1959, Т.1.

19. Инасаридзе Г.З. Библиографический указатель отечественной урологии и смпежных областей за 100 лет (1855–1955). Тбилиси, 1961, Т.2.

20. Инасаридзе Г.З. Библиографический указатель отечественной урологии и смежных областей за 100 лет (1855–1955). Тбилиси, 1962, Т.3–4.

21. Инасаридзе Г.З. Библиографический указатель отечественной урологии и смежных областей за 100 лет (1855–1955). Тбилиси, Т.5.

22. Левит М.М. Медицинская периодическая печать России и СССР (1722–1962). М., 1963.

23. Летицкая Э.Н., Булаева Г.П. Библиографический указатель научных работ сотрудников Горьковского научно-исследовательского института дерматологии и венерологии и членов Горьковского научного общества врачей-дерматологов и венерологов за период с 1922 по 1968 гг. Горький, 1969.

24. Летицкая Э.Н., Булаева Г.Н. Библиографический указатель научных работ сотрудников Горьковского научно-исследовательского кожно-венерологического института и кафедры кожных и венерических болезней ГГМИ имени С.М. Кирова за период с 1969 по 1978 год. Горький, 1980.

25 Любарский Я.Ю. Путеводитель по источникам информации о зарубежной медицинской литературе. М., ВНИИМИ. 1977. Микульский С.Р. Очерки развития историко-научной мысли. М., 1988

26. Миракян М.Е. Библиографический указатель научных работ дерматовенерологов Армянской ССР, 1924–1978 гг, Ереван, 1979.

27. Мультановский М.П. Русская медицинская печать. Библиографические материалы, 1792-1929. М.-Л., 1930.

28. Мультановский М.П. Библиография в научной и практической медицине. Свердловск, 1947.

29. Рахманинов И. Указатель медицинской литературы. Медицинское обозрение, 1884-1905.

30. Романов М., Осокин Н. Библиографический указатель. Казанский медицинский журнал, 1901–1907.

31. Российский Д.М. История всеобщей и отечественной медицины и здравоохранения. Библиография 996–1954 гг. М., 1956.

32. Российский Д.М. Систематический указатель русской литературы по эндикринологии и органотерапии в 1860–1926 гг. М., 1926.

33. Терновский В.Н. Библиография диссертаций медицинского факультета Московского университета. М., 1949.

34. Торсуев Н.А. Библиографический указатель работ отечественных авторов по лепре (до 1957 г. включительно). Ростов-на-Дону, 1959.

35. Тютрюмова И.И. Библиография по физиотерапии, 1918–1937. М.,1937.

36. Ухин Л.А., Гаммерман А.Ф., Невский В.А. Библиография по лекарственным растериям (1732–1954). М.-Л., 1957.

37. Цераидис Г.С., Ситарская Л.В., Кушнерук А.М. Библиографический указатель научных работ сотрудников Харьковского научно-исследовательского института дерматологии и венерологии за период с 1924 по 1976 гг. Харьков, 1977.

38. Шиманко И.И. Библиография по физиотерапии, 1918–1937. М., 1937.

39. Шимкунас В., Маслаускене М., Гутаускас В. Литовская медицинская библиография (1940-1957). Вильнюс, 1959.

40. Шецирули Л.Т., Пхаладзе Г.М., Вартапетов А.Я., Мгеладзе Г.Д., Бердзулишвили Э.М., Иноземцева М.Н. Библиографический указатель научных работ, выполненных дерматовенерологами Грузии до 1975 г. Тбилиси, 1975.

41. Шецирули Л.Т., Мгеладзе Г.Д., Хотенашвили Л.Д., Хуцишвили Р.А., Иноземцева М.Н., Гурабанидзе Н.С. Библиографический указатель научных трудов, выполненых дерматовенерологами Грузии в 1975–1985 гг. Тбилиси, 1985.

Глава 15

ОТКРЫТИЯ, ПРИОРИТЕТЫ И ЗНАМЕНАТЕЛЬНЫЕ ДАТЫ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ДЕРМАТОЛОГИИ И ВЕНЕРОЛОГИИ

1499 г. Первые сведения о появлении сифилиса в России.

1620 г. Организован Аптекарский приказ.

1654 г. Организована первая врачебная школа в России при Аптекарском приказе.

1706 г. Открыт первый постоянный военный госпиталь в Москве.

1718 г. Петром I организована полиция для борьбы с бродяжничеством в прядильном доме в Санкт-Петербурге.

1784 г. Н.М. Максимович-Амбодик первый в России описал клиническую картину дрожжевого поражения сосков у кормящих матерей больных молочницей детей.

1809 г. В Санкт-Петербурге образован Попечительный совет заведений общественного

1828 г. В.И. Всеволодов указал на заразительность парши и эпидемиологическую роль головных уборов.

В Санкт-Петербурге образован Попечительный совет заведений общественного призрения.

1832 г. Выстроен главный корпус Калининской больницы, существующий до настоящего времени.

1834 г. Р.С. Четыркин для предупреждения распространения венерических болезней в армии предложил еженедельные медицинские осмотры солдат с обязательным выявлением источника заражения.

1837 г. С.Ф. Хотовицкий описал различия афтозного стоматита и молочницы.

1843 г. Создан Санкт-Петербургский врачебно-полицейский комитет.

1848 г. П. Горянинов разделил грибы на четыре разряда, дав в своей квалификации не только латинские, но и русские названия.

Н.С. Торолов предложил собственную классификацию кожных и венерических болезней.

1857 г. П.Д. Заблоцкий-Десятовский издал «Руководство к изучению и лечению сифилитических болезней».

1858 г. Г.А. Захарьин впервые описал «черные точки» при трихофитии волосистой кожи головы.

Ю.О. Лукомский впервые применил неспецифическую лихорадочную терапию путем «прививания яда коровьей оспы в лечении сифилиса».

1860 г. Н.В. Коноплев впервые ввел в практику метод лечения сифилиса инъекциями препаратами ртути (сулемы).

1861 г. Л.П. Матчерский доказал грибковое происхождение паховой эпидермофитии.

П.Л. Матчерский описал клинику трихофитии ногтей под названием tricyophytiasis inguium и трихофитию гладкой кожи.

1862 г. Н. Арендт, врач русского посольства в Тегеране, написал первую работу на русском языке о кожном лейшманиозе «О солоке или алепском прыще».

Н.А. Белоголовый выполнил докторскую диссертацию «Материалы для решения вопросов о всасывании солей кожей», посвященную вопросам проницаемости кожи.

1863 г. Н.П. Мансуров написал первое русское руководство «Накожные болезни».

1864 г. Издано положение о земских учреждениях.

Н.П. Мансуров организовал первый в России систематический курс дерматовенерологии для студентов.

1865 г. А.Ф. Адамович описал клинику февуса.

Л.К. Горецкий доказал контагиозность фавуса и отметил увеличение шейных лимфатических узлов у больных фавусом.

1866 г. В. Кнох наблюдал первый в России случай пьедры и выделил ее возбудителя.

1867 г. В.М. Тарновский положил начало изучению сифилиса центральной нервной системы.

1869 г. В.В. Сутугин впервые описал молочницу женских половых органов, что подтвердил И.П. Лазаревич (1670). Организованы первые самостоятельные кафедры кожных и венерических болезней.

Соловейчик положил начало патогистологическому изучению сифилитических поражений костей и впервые доказал, что главную роль в этих процессах играют костные клетки.

1870 г. А.И. Попов доказал патогенность дрожжевых клеток, впрыскивание подопытным животным эмульсии из покупных прессованных дрожжей.

Московский врач П.Я. Пясецкий описал способ пересадки кожи в углубления между грануляциями.

1871 г. Н.И. Ивановский первый указал на гиалиновое перерождение в стенках сосудов при сифилисе.

В.А. Манасеин, А.Г. Полотебнов и А.В. Лебединский начали изучать лечебные свойства зеленой плесени.

А.И. Петров гистологически доказал, что при сифилисе имеют место изменения в симпатической нервной системе, нервных элементах и промежуточной соединительной ткани.

Главный врач Калинкинской больницы Э.Ф. Шперк впервые ввел систему карточного учета больных венерическими болезнями.

Русский врач С.М. Янович-Чайский предложил пересадку кусочков кожи во всю толщу.

1872 г. А.Г. Полотебнов опубликовал работу «Патологическое значение плесени», в которой излагает свои исследования по лечению язв с перевязками с плесенью Penicillium.

А.И. Поспелов впервые в России описал случай множественной туберкулезной лимфангиомы, известную в мировой литературе как «болезнь Поспелова».

В.М. Тарновский организовал женские курсы «ученых-акушерок».

В России впервые организован бесплатный амбулаторный прием венерических больных.

1874 г. А.И. Поспелов применил метод лечения больных сифилисом подкожными инъекциями сублимита.

М.С. Усас и Ф.Ф. Фишер впервые применили наружные тепловые процедуры при лечении сифилиса в Калинкинской больнице.

Д.И. Щугольский доказал, что в твердом шанкре происходит пролиферация эпителиальных клеток.

1875 г. С.П. Боткин высказал предположение, что потовые железы иннервируются отдельными нервными центрами, что было экспериментально подтверждено А.А. Остроумовым (1875).

Л. Львов выполнил первую диссертацию по гистоморфологии эпителиального рака.

А.И. Поспелов рассматривал гнездную плешивость, как трофоневроз.

1876 г. А.И. Поспелов впервые описал поражение слизистой оболочки полости рта при узловатой эритеме.

А.С. Розенблюм успешно лечил прогрессивный паралич прививками возвратного тифа.

Ординатор Калинкинской больницы Р.Ф. Фосс доказал возможность передачи сифилиса через грудное молоко и кровь.

1877 г. М. Новинский изучал прививаемость злокачественных опухолей.

В.М. Тарновский первый в мире стал проводить профилактику врожденного сифилиса лечением беременных женщин, больных сифилисом; и указал также, что всякое раздражение кожи больного сифилисом может вызвать на этом месте возникновение специфического инфильтрата.

1878 г. И.В. Годнев экспериментально доказал, что солнечные лучи глубоко проникают в кожу.

1880 г. Вышел в свет «Курс венерических болезней» А.Г. Ге, выдержавший восемь изданий (1903).

1881 г. М.Н. Мансуров в работе «Сифилис фиброзных тканей и влагалищ сухожилий» описал клинику и гистологию новой формы третичного сифилиса, в 1882 г. переиздана на немецком языке.

А.И. Поспелов описал поражение слизистой оболочки полости рта при псориазе и красном плоском лишае.

Ф.И. Иноземцев дал клиническую характеристику и гистологию новой формы третичного сифилиса.

1882 г. В.И. Земблинов первый высказал предположение, что плесени могут вызывать различие дерматозы.

А.И. Поспелов впервые в стране диагностировал и описал амилоидоз кожи.

При Мясницкой больнице в Москве впервые организованы курсы подготовки среднего медицинского персонала по кожным и венерическим болезням.

1883 г. Н.И. Сорокин предложил классификацию грибков, основанную на морфологических принципах.

Организовано Московско-Петербургское медицинское общество, которое в 1886 г. переименовано в «Общество русских врачей в память Н.И. Пирогова».

1884 г. А.Н. Маклаков предсказал широкое будущее светолечению.

А.Г. Полотебнов — основоположник школ отечественных дерматологов положил начало клиническому направлению в дерматологии и способствовал учреждению кафедр кожных и венерических болезней в русских университетах.

М.И. Стуковенков — основоположник Киевской школы дерматологов, ввел в практику исследование мочи больных на содержание ртути у больных сифилисом.

1885 г. Г.М. Герценштейн опубликовал монографию «Сифилис в России».

А.Н. Макланов впервые в медицине описал свои наблюдения над фотохимическим действием ультрафиолетовых лучей на здоровую кожу.

А.И. Поспелов обнаружил западение бугорков туберкуленой волчанки при надавливании.

К.Г. Самсон первый в России описал «волосатика»-миаз, а также обнаружил в коже личинку овода.

В.М. Тарновский организовал первое в Европе общество сифилидологов в Петербурге.

В. Флоркевич описал первый в России случай актиномикоза у человека, а К.Н. Виноградский в том же году поставил такой диагноз на секции.

Э.Й. Шперк, главный врач Калинкинсхой больницы, организовал первые в России курсы усовершенствования врачей-дерматовенерологов.

1886 г. И.Ф. Зеленев первый описал дрожжевую паронихию и онихию.

Кранцфельд получил культуру палочек Фриша независимо от Paltauf — Eiselaberg.

А.И. Поспелов первый в России диагностировал идиопатическую прогрессивную атрофию кожи и отметил признак «скомканной папиросной бумаги» при этом заболевании кожи (симптом Поспелова).

А.Г. Полотебнов опубликовал свой труд «Дерматологические исследования». 1986, СПб, вып. 1–2.

Н.В. Сорокин описал элементы грибка при онихомикозах.

Р.И. Фосс доказал, что молоко больной сифилисом женщины, как и кровь, может передать сифилис.

Э.Ф. Шперк впервые в мире заразил сифилисом обезьян.

1887 г. Д.И. Верюжский доказал самостоятельность возбудителей фавуса и трихофитии, что температура свыше 34° останавливает развитие этих грибков.

И.Ф. Зеленев впервые установил изменения в симпатической и центральной нервной системе у больных prurigo типа Гебры.

С.С. Истаманов и А.И. Акопянц первыми получили культуру стрептобациллы мягкого шанкра.

П.В. Никольский установил зависимость между развитием экземы и нарушением функций нервной системы.

А.Г. Полотебнов первый предложил патогенетическую классификацию эритем.

О.В. Петерсен в Санкт-Петербурге описал возбудителя мягкого шанкра.

И.И. Савченко доказал наличие палочек проказы в костях больных лепрой.

А.Д. Степанов для ускорения выведения ртути из организма при лечении сифилиса предложил применение суховоздушных ванн.

М.И. Стуковенков отмечал изъязвление узлов при риносклерозе и указал, что инфильтрация тканей может появляться не в виде отдельных узлов, а в форме разлитого поражения.

А.А. Сухов для лечения бубонов при мягком шанкре предложил их пункцию с последующим введением в полость йодоформа.

С.П. Томашевский впервые в литературе описал случаи эмблиопии, развившиеся в течение кондиломатозного периода сифилиса.

П.Г. Ширяев для борьбы с венерическими болезнями рекомендовал организовать специальные венерологические учреждения, в которых бы наряду с лечебной помощью проводилась воспитательная работа.

1888 г. М.И. Афанасьев, ученик И.И. Мечникова, первый в мире выделил культуру актиномицетного гриба.

В.М. Тарновский опубликовал книгу «Проституция и аболиционизм». СПб, 1888.

В.А. Розов выполнил первую в России диссертацию, посвященную эпителиомам кожи.

Д.Ф. Решетило впервые описал случай лепры у новорожденного.

И.И. Судакевич описал при лепре изменения в ганглиозных клетках и пачиниевых тельцах и обнаружил в них палочки Хансена.

1889 г. П.Я. Калашников доказал, что под влиянием высоких температур в сифилидах исчезает специфический инфильтрат и высказал предположение о разрушении «сифилитического яда», что позднее подтвердил И.И. Мечников.

С.Я. Кульнев гистологически доказал специфические изменения в сосудах на различных расстояних от твердого шанкра и давности его существования, установив раннюю генерализацию сифилитического вируса.

М.И. Стуковенков предложил для лечения сифилиса Bydr. benzoicum oxydatum.

1890 г. А.А. Вейденбаум производил эксперименты на себе, положил тем самым начало благородной традиции русских исследователей (И.И. Мечников, Е.И. Марциновский, Н.Ф. Гамалея и др.).

И.А. Маев первый ознакомил русских врачей с высыпаниями от йода.

Н.П. Мансуров доказал возможность перехода дерматофитов из сапрофитного в патогенное состояние, сделал одно из первых сообщений о клинике эпидермофитии стоп.

Г.Н. Минх установил клиническое отличие витилиго от лепры.

С.М. Гитман составил первый том библиографического указателя отечественной дерматовенерологии. Всего издано четыре книги (1900–1950).

1891 г. И.И. Авентидийский описал новый симптом при врожденном сифилисе — гиперомтоз ключицы.

С.Ф. Крофт описал новую разновидность псориаза psoriasis follicularis infundibuliformis, при котором чешуйки внедряются в фолликулы.

П.К. Мурзин демонстрировал на заседании Московского общества дерматологов первого в России больного с диагнозом Lupus pernio.

П.А. Павлов доказал, что повышенное содержание в пище хлористого натра усиливает элиминацию ртути мочою.

А.И. Поспелов организовал Московское общество дерматологов и венерологов.

М.И. Стуковенков сообщил о варианте ангиосаркомы, начинающейся бесцветным отёком задолго до появления инфильтратов и узлов.

1892 г. Н.Н. Внуков установил наличие лепрозных бацилл в мышцах и сухожилиях больных лепрой.

Е.И. Котляр первый получил культуру Microcporum furfur и заразил ею кролика.

М.И. Стуковенков доказал, что за благодетельным влиянием ртутного лечения после известной дозы ртути может наступить отравление ртутью, выражающееся прежде всего развитием анемии.

Ф.К. Трапезников для лечения мягкого шанкра предложил присыпки созондолового натрия.

1893 г. Ф.К. Трапезников один из первых в России наблюдал саркому.

А.И. Поспелов опубликовал «Краткий учебник кожных болезней», выдержавший 12 изданий.

Ё.М. Степанов заразил морскую свинку риносклеромой.

М.И. Стуковенков предложил упрощенный (белковый) метод определения ртути в моче.

1894 г. С.О. Живульт впервые описал acne conglobata под названием perifoilliculitsa conglomerata suppurativa.

С.Я. Кульнев описал цилиндрому или кожную эндотелиому.

П. Минаков выполнил диссертацию «О волосах в судебно-медицинском отношении». СПб. 1984 г.

Т.П. Павлов доказал, что повышение чувствительности кожи у больных экземой всегда предшествует появлению экзематозных высыпаний.

А.И. Поспелов совместно с профессором Огневым разработал оригинальную систему массажа кожи лица.

М.И. Стуковенков установил, что для получения терапевтического эффекта при лечении сифилиса ртутью необходимо, чтобы последняя ежедневно поступала в кровь в количестве не ниже 9–10 мг.

Ф.Ю. Шредер наблюдал в России актиномикоз слезного мешка.

1895 г. П.Л. Абрамычев посвятил свою докторскую диссертацию грибовидному микозу.

А.И. Лякц выявил механизм развития ртутного стоматита.

Я.Н. Соколов открыл возбудителя волосатика.

1896 г. Г.К. Кудрявский опроверг доводы Lambaco об идентичности болезни Морвака и сирингомиэлии.

П.В. Никольский в своей докторской диссертации «Материалы к учению о pemphiqus foliaceum Cazenavi» описал явления акантокератолизиса и легкую смещаемость эпидермиса у больных пузырчаткой при трении (симптом Никольского).

К.И. Ноишевский описал волосковый вид чувствительности кожи.

С.Б. Орловский впервые установил специфические изменения в спинальных сосудах больных сифилисом.

В.М. Тарновский доказал восприимчивость жеребят к заражению сифилисом.

1897 г. Н.М. Берестнев установил, что первый случай «Нетипичного актиномикоза» описал Н.М. Любимов (1888).

Е.С. Главче впервые в России описал изолированное поражение красым плоским лишаем слизистой оболочки рта.

П.В. Никольский описал врожденную ихтиозиформную эритродермию.

Т.П. Павлов отрицал наличие симптома плантарного рефлекса у больных почесухой.

О.В. Петерсен предложил номенклатуру периодов сифилиса.

А.И. Поспелов наблюдал первый случай в России герпетиформного импетиго Hebrae, а в СССР – М.П. Батуни (1929) у мужчин, затем А.И. Зайченко (1965) и др.

Проведен первый съезд по обсуждению мер борьбы против сифилиса в России.

1898 г. Н.О. Боровский открыл возбудителя кожного лейшманиоза, относящегося к простейшим.

В.М. Приг посвятил свою докторскую диссертацию слоновости наружных половых органов.

1899 г. Н.Л. Вельяминов изучил механизмы терапевтического действия солнечных лучей.

Д.Н. Заболотный защитил докторскую диссертацию «К вопросу о патогенезе сифилиса».

Г.К. Минх опроверг теорию наследственности лепры.

В.А. Оппель написал диссертацию, посвященную лимфамгиомам.

О.В. Петерсен на III Пироговском съезде врачей предложил номенклатуру периодов сифилиса.

А.И. Поспелов сделал первое обстоятельное клиническое наблюдение лучевых поражений кожи.

И.Р. Тарханов впервые описан кожно-гановалическую реакцию (феномен Тарханова).

П.Й. Фролов предложил для лечения сифилиса Hydr. bijodosalicylicum.

1900 г. П.В. Никольский описал «стригущую форму кругового выпадения волос» — своеобразный вариант гнездной плешивости, при которой происходит обламывание волос кругом, назвав его trichorrhexis areata и поражение в области затылка под названием cutis romboiden hyhertrophica cervicis.

А.И. Поспелов впервые отметил признак «рваных» ран при скрофулодерме.

В.М. Тарновский разработал учение о суперинфекции при сифилисе.

М.А. Членов защитил докторскую диссертацию «К учению о туберкулезных заболеваниях кожи».

1901 г. И.А. Баранников наблюдал первый в России случай глубокого бластомикоза.

А.А. Глебовский гистологически установил благоприятное действие дуги Петрова при красной волчанке.

И.Ф. Зеленев начал издавать в Харькове первый «Русский журнал кожных и венерических болезней», бывшего в течение 13 лет до 1918 г. единственным периодическим органом печати по этой специальности.

А.И. Поспелов установил роль «почвы» и реактивность организма в патогенезе фавуса.

Г.И. Россолимо описал три основных симптома при параличе лицевого нерва: отек губ, паралич лицевого нерва и складчатость языка.

Н.Н. Вельяминов первым в России применил метод лечения светом по Финзену и показал, что «лучистая энергия обладает разрушительным, деструктивным действием на низшие организмы и на некоторые клеточные элементы» при красной волчанке.

П.В. Никольский впервые изучил сущность белого дермографизма.

А.И. Поспелов первым в России списал urticarla perstans papulosa.

А.Г. Полотебнов доказал приоритет русского врача Плахова в научном исследовании проказы и гуманном отношении к лепрозным больным.

Д.А. Соколов первый в России применил рентгеновскую эпиляцию.

В.К. Стефановский обнаружил у крыс палочку Mycobacterium leprae, морфологически сходную с палочкой Хансена, вызывающую у крыс болезнь, сходную с человеческой лепрой.

В.М. Тарновский доказал существование сифилитической дистрофиии и указал на связь врожденного сифилиса с различными формами поражения внутренних органов.

М.А. Членов впервые описал множественные произвольные келоиды и доказал, что деление их на первичные и вторичные не имеют достаточных оснований.

К.Я. Щульгин первый высказал предположение о передаче болезни Боровского через укус насекомых.

1903 г. И.Ф. Зеленев первый описал заболевание сальных желез и указал на расположение этих желез в области углов глаз, в области ушных раковин и мочек ушей, перехода кожи в слизистую оболочку век.

А.С. Догель, изучая нервы кожи, установил, что к рецепторам подходят толстые мякотные к тонкие безмякотные нервные волокна, принадлежащие симпатической нервной системе.

Д.К. Заболотный обнаружил возбудителя сифилиса — бледную спирохету и установил восприимчивость к нему человека.

И.И. Мечников заложил основы в области экспериментального изучения сифилиса.

Г.И. Мещерский первым описал кальциноз кожи разной распространенности при различных патологических состояниях.

Н.В. Никольский определил дозу ртути в крови больных сифилисом при лечении их препаратами ртути.

П.А. Павлов описал первый случай саркоидоза в России.

А.И. Поспелов описал атопические формы фавуса.

В.И. Скляров впервые в России наблюдал кольцевидную телеакгиэктатическую пурпуру Majocckі.

1904 г. Г.И. Мещерский доказал, что прогрессирующая атрофия кожи и склеродермия являются единым патогенетическим процессом.

И.И. Мечников доказал возможность активной иммунизации животных к сифилитической инфекции.

И.С. Пильнов отметил розовый оттенок свежих высыпаний псориаза («симптом Пильнова»).

П.М. Спикер доказал туберкулезную этиологиию золотушного лишая.

Е.Ф. Фридман первый в России изучил гистроморфологию парши и патогенез рубцовой атрофии при этом микозе.

С.С. Яковлев впервые в мире описал своеобразную форму мягкого шанкра, симулирующую первичную сифилому — molla infundibuliforme.

1905 г. И.Ф. Зеленев изучил морфологические особенности бледной спирохеты.

П.В. Никольский впервые в мире объяснил механизм эшары, что доказал его ученик П.В. Кожевников (1924).

1906 г. И.И. Казас впервые в литературе описал псориаз слизистой оболочки глаз.

П.В. Никольский предложил классификацию местных сосудистых реакций кожи.

В.И. Тёребинский доказал, что сифилитическая эктима является типичной сифиломой.

С.М. Тимаков и Ф.И. Романов первыми в отечественной литературе описали кальциноз кожи и подкожно-жировой клетчатки.

1907 г. С. Борман первый в России получил культуру пушистого микроспорума.

Л.Н. Гидшеу впервые описал локализацию гуммозной язвы на слизистой оболочке века.

И.В. Зеленев первый описал поражение ногтей при бластомикозе.

И.И. Мечников доказал профилактическое значение местного применения 30% каломельной мази при сифилисе.

1908 г. И.Ф. Зеленев и Г.И. Мещерский впервые описали споротрихоз.

Н.В. Морозов первый в мире сообщил о поражениях костей концевых фаланг пальцев рук и ног при саркоидозе.

Д.С. Чапин впервые описал новый вид острых язв половых органов у женщин (Калинкинская больница).

1909 г. Д.Д. Левченко впервые описал своеобразный дистиреоидоз кожи — mecosa cutis.

Е.И. Марциновский первый опытами на себе получил искусственное заражение человека кожным лейшманиозом.

А.И. Поспелов первый в России наблюдал больного с cutis vertic gyrata, а для лечения сифилиса применил смешанную йодисто-мышьяковую терапию.

Я.Г. Шерешевский первый разработал методику получения чистой культуры бледной спирохеты.

В.И. Дембская впервые предложила для диагностики гонореи реакцию фиксации комплемента — реакцию Бордэ-Жангу, а для лечения гонореи приготовила лечебную гонококковую вакцину.

1910 г. А.А. Боголепов установил внутривидовую изменчивость возбудителей венерических болезней, проказы, туберкулеза и некоторых видов лучистых и гифомицетных грибков.

П.В. Никольский первый в мире написал на русском языке монографию «Общая терапия болезней кожи» (Киев, 1910).

М.И. Мзареулов впервые в литературе описал Syphilonychia haemorrhaqica.

Ю.А. Финкельштейн предложил новый метод изготовления липоидных антигенов для реакции Вассермана.

1911 г. Г.А. Ивашенцев первый описал вазомоторный симптомокомплекс при повторных инъекциях сальварсана и назвал его «анафилактоидные явления».

В.В. Иванов и В.И. Кедровский доказали прививаемость лепры подопытным животным.

Е.С. Главче организовал публичные чтения о венерических болезнях и проституции.

1912 г. Я.С. Шварцман предложил для купирования ангионевротического отека, возникающего после введения сальварсана, делать подкожные инъекции адреналина, что незаслуженно приписывается французскому сифилидологу Милиану.

А.А. Боголепов изучил изменчивость и полиморфизм патогенных грибков.

1913 г. Н.Н. Аничков впервые в мире получил экспериментальную ксантелазму.

А.А. Боголепов предложил метод окраски тканей для гистологических исследований.

С.Л. Богров и Н.А. Черногубов первыми описали микроскопию у взрослых, назвав ее microcporum lanosum.

А.А. Вевиоровский выделил новую разновидность споротрихонов, являющихся промежуточным типом между споротрихонами типа Schenka и de Benrmaanna и предложил ему название «белый русский споротрихон».

И. Лебедев описал новую разновидность ксантелазмы: xanthome multiplex pseudodiabeticum cum lymphadenitide xanthomathosa и доказал, что холестерин может отлагаться в лимфатических узлах.

Н.А.Черногубов и С.Б.Богров описали трихофитию волосистой части головы у взрослых женщин и возможности самоизлечения в период полового созревания.

1914 г. М.Г. Мгебров указал, что трихофития является семейной бытовой инфекцией.

И.И. Шендриковский описал паховый лимфогранулематоз « (IV венерическая болезнь).

В.Л. Якимов и Н.И. Шохор предложили для «Восточной язвы» название «кожный лейшманиоз».

1915 г. П.П. Лампсаков первый в России описал карциному от Ro—лучей.

1916 г. В.В. Иванов первый дал определение околораневого поражения кожи.

М.И. Мзареулов предложил классификацию саркоидов Бэка.

В.П. Филатов разработал пластику круглым кожным стеблем.

1917 г. П.С. Григорьев первый в России провел изучение изменений на коже при лейкемии и предложил классификацию этих поражений кожи.

1918 г. А.И. Лебедев предложил для лечения внутривенные вливания бромистого натра для лечения болезней кожи.

А.П. Иордан впервые в России описал норвежскую чесотку.

В Петрограде основан венерологический совет.

При Народном комиссариате здравоохранения СССР создана венерологическая секция для выработки мер борьбы с венерическими заболеваниями.

1919 г. О.В. Петерсен впервые в мире описал своеобразно протекающий folliculltie ex inanition.

1921 г. А.И. Абрикосов установил, что олеогранулёма представляет собой некроз жировой ткани.

А.А. Брычев внедрил в практику лечение больных сифилисом препаратами висмута.

Г.И. Мещерский предложил принципы комбинированного хронически перемежающегося метода лечения сифилиса.

Ординатор Калинкинской больницы З.Я. Ельцина организовала первую в России детскую больницу для детей с кожными и венерическими заболеваниями.

В Москве открыт первый венерологический диспансер.

В Москве открыт первый люпозорий на 30 коек для лечения больных туберкулезом кожи.

1922 г. С.С. Ваяль доказал, что жир в олеогранулемах, появляющийся после сыпного тифа, есть собственный жир больного.

М.П. Демьянович предложил ускоренный метод лечения чесотки гипосульфитом и соляной кислотой, получивший широкое применение на практике (метод Демьяновича).

П.В. Никольский впервые описал признак отслойки эпидермиса при пузырчатке, известный в мире теперь как «симптом Никольского».

Н.А. Черногубов предложил диспансерные методы работы в борьбе с грибковыми заболеваниями кожи, разработал новые методы диагностики грибковых заболеваний кожи и ее придатков.

Л.И. Эрлих предложил проводить профилактику врожденного сифилиса в учреждениях охраны материнства и младенчества.

По инициативе О.Н. Подвысоцкой организован первый в СССР люпозорий в Ленинграде.

В Москве организован Институт профзаболеваний, в котором начало работать отделение профдерматозов.

В Ленинграде открыт венерологический диспансер.

Д.Л. Воронов впервые в мире сообщил о наличии псевдоатрофического ободка шириной от 4 до 8 мм вокруг регрессирующих элементов псориаза.

Г.Н. Гринблат обнаружил «висмутовые клетки» в моче больных сифилисом, получавших висмут, представляющие собой соединения висмута с нуклеиновой кислотой расплавленного ядра клетки.

Н.Ф. Павлов с целью бактериологической диагностики лепры предложил пункцию лимфатических желез и пункцию большого ушного нерва (1939).

Е.Н. Павловский и А.К. Штейн доказали, что кожа человека при укусе вшей изменяется под воздействием слюны насекомого, которая вступает в реакцию с гемоглабином.

М.А. Розентул для профилактики сальварсановых осложнений предложил растворять новарсенол в хлористом кальции, а для предупреждения иодизма применение внутрь 5% раствора того же хлористого кальция.

С 6 по 10 июля в Москве проходил Первый Всероссийский съезд по борьбе с венерическими заболеваниями.

1923 г. Вышло первое на русском языке руководство А.И. Лебедева «Основы патологической анатомии кожных болезней».

В.М. Броннер организовал первый съезд по борьбе с заразными кожными и венерическими заболеваниями и всероссийских совещаний по борьбе с проституцией (1923, 1925, 1929 и 1937).

1924 г. П.С. Григорьев и Г.В. Терентьев опровергли мнение А. Фурнье, считавшего herpes syphiliticus доброкачественным сифилисом, и мнение

Leissl, указывавшего на его гистологическое отличие от lichen syphiliticus.

Е.Д. Данилевская впервые в СССР наблюдала эктомезодермальную дисплазию Touraine.

А.И. Картамышев предложил название pemphigus latens для пузырчатки с ремиссивным течением.

П.В. Кожевников описал первый в СССР случай варикозного остеогипертрофического ангиоматозного невуса Klipper-Trenney-Weber.

Г.И. Мещерский предложил классификацию лейкодерм.

Е.И. Марциновский и А.И. Щуренкова доказали, что экспериментально вызванные язвы болезни Боровского, если они существуют у человека длительное время и заживают самостоятельно, дают стойкий иммунитет.

П.В. Никольский впервые изучил физиологическое значение треугольных и ромбических полей кожи.

П.А. Павлов наблюдал первый случай в СССР фолликулярного и перифолликулярного гиперкератоза, проникающего в кожу (болезнь Kyrle).

С.Т. Павлов изучил клинику и патогенез alopeoia pilorum intermittens (monilethrix).

Л.С. Сирота предложил для лечения кожных болезней внутренние вливания хлористого кальция.

Л.А. Соболев диагносцировал случай пахового лимфогранулематоза в Крыму.

Л.В. Штамова описала первый случай хронической трихофитии гладкой кожи.

Н.Н. Яснитский описал «Феномен-Ге», нежную атрофию кожи после третичной сифилитической розеолы.

Н.А. Черногубов изучил выделение грибами токсинов и их влияние на состояние организма человека и его реактивность.

1925 г. А.С. Зенин начал изучать основное аргирофильное вещество.

П.В. Никольский первый описал своеобразное изменение кожи на шее, назвав ее cutis rhomboidea hypertrophica cervicis.

Н.А. Черногубов и Н.Ф. Павлов впервые в литературе описали lichen leprosua; впервые описали также клинику хронической вегетирующей пиодермии.

Н.А. Шеревский впервые в мире описал эндокринное заболевание женщин, проявляющееся инфантилизмом в сочетании с аномалиями развития, в том числе и кожи.

В Харькове проведен II Всесоюзный съезд по борьбе с венерическими болезнями.

П.В. Никольский опубликовал первое отечественное «Руководство к исследованию кожных и венерических болезней».

1926 г. А.А. Боголепов отметил морфологическую близость актиномицетов и возбудителей туберкулеза, лепры, сапа, дифтерии.

П.Н. Кашкин опубликовал первые работы по гистоплазмозу.

П.В. Кожевников доказал, что глубокая гангрена после впрыскивания ртутных и висмутовых препаратов возникает в результате попадания их в просвет артерий, подтвердив предположение П.В. Никольского (1905).

А.И. Кричевский и З.К. Синельников первые в СССР для диагностики мягкого шанкра предложили внутрикожную пробу с инактивированным глоем мягко-шанкрозных бубонов и установили, что гетерогенная вакцина активнее аутогенной.

П.А. Павлов и И. Ихтейман первыми установили, что при порокератозе Mibilli гистологически обнаруживается расширение просветов клубочков потовых желез.

Е.Н. Павловский и А.К. Штейн доказали, что экземоподобный дерматит, вызываемый жучком Paederues fussi pes, зависит не от укуса насекомого, а от втирания «соков» тела его в кожу человека.

А.Я. Пелевина и Н.А. Черногубов наблюдали «семейную эпидемию трихофитии» с лимфаденитами, холодными абсцессами и другими осложнениями.

Г.О. Сутеев впервые в СССР описал глисто-аноректальный элевантиаз (синдром Gersilda).

1927 г. А.И. Абрикосов предложил классификацию олеогранулем, основанную на этиологических и патологических принципах.

М.А. Быховский и Б.М. Беренштейн предложили для лечения грибковых заболеваний волосистой кожи головы трехпольную рентгеноэпиляцию волос.

С.А. Глауберзон впервые в литературе описал поражение костей при хронической пиодермии.

Б.В. Глуховцев описал сетчатый (мозаичный) мицелий.

А.И. Кричевский и З.И. Синельников получили новый штамм саркомы крыс путем прививки меланосаркомы человека.

А.Н. Машкиллейсон первый в СССР описал кистозную эпителиому Brookc (трихоэпителиома Zahrieoh).

М.И. Мгебров и И.М. Хаютин впервые в СССР описали гигантскую лихенификацию.

Е.Н. Павловский и А.К. Штейн доказали, что зимующие гусеницы (Suprootle chysorrhoea) имеют ядовитые щетинки, внедрение которых в кожу человека, кроме механического, оказывает и химическое действие.

В.А. Рахманов опроверг мнение о патогноналичности бугорка Карабелли для врожденного сифилиса.

И.В. Розмаинский впервые в СССР начал изучать проблему эпидермофитии.

Л.В. Штамова описала новую разновидность аннулярной эритемы Дарье, сопровождающуюся шелушением.

1928 г. В.Р. Брайцев впервые в СССР описал одну из форм фиброзной дисплазии.

П.С. Григорьев впервые в мире, прививая сифилис крольчихе в переднюю камеру глаза, обнаружил у потомства кератит и узелковые элементы на коже.

А.Х. Джафаров описал уплотненную эритему Bazin с кольцевидным расположением элементов.

П.Н. Кашкин впервые в СССР наблюдал отрубевидный лишай на волосистой части головы.

М.Г. Мгебров выделил особую клиническую форму хронической трихофитии с наличием красных фолликулярных узелков, эритемосквамозных пятен и шелушением на общем эритематозном фоне.

Г.И. Мещерский и С.И. Богданов экспериментально доказали возможность получения суперинфекции во всех периодах сифилитической инфекции.

Е.Н. Павловский и А.К. Штейн доказали, что воспалительные явления в коже после укуса человека туркестанским клещом из рода Ornithodorum являются результатом действия слюны клеща.

М.А. Розентул впервые в СССР описал erythrocyanosis crurum puellaris, рассматривая его как разновидность озноблений.

Н.А. Черногубов и А.Я. Пелевина впервые высказали предположение, что в патогенезе acnae conglobata важную роль играют пиогенные кокки, что было затем подтверждено многими авторами.

И.И. Чернявский первый в СССР и в Евроле диагносцировал хромобластомикоз и выделенным возбудителем заразил крыс, а Я.М. Мариин (1929) не только изучил его, но и обнаружил (1938) в лимфатических узлах больного.

Г.И. Хетангуров предложил для лечения сифилиса 20% азотнокислый висмут.

Ф.Н. Гринчар установил, что у больных acne rosaceae у 85% наблюдается пониженная кислотность в желудочном соке.

1929 г. А.И. Ариевич первый установил, что причиной семейной микроспории часто являются больные кошки.

И.А. Аршавский указал на связь некоторых дерматозов с патологией желудочно-кишечного тракта.

С.Н. Богданович впервые в отечественной литературе описал erythema elevatum diutinum как самостоятельное заболевание.

М.А. Быховский и М.К. Павлов предложили лечить больных туберкулезной волчанкой облученными пивными дрожжами и витамином Д2.

И.И. Гительзон проводил массовые профилактические прививки кожного лейшманиоза.

П.С. Григорьев впервые установил, что при сифилитических аортитах у кроликов в стенке пораженного сосуда находится большое количество типичных бледных спирохет.

Г.Н. Гринблат предложил простой метод определения висмута в моче.

И.Б. Давыдовский на основании анатомо-гистологического изучения острой красной волчанки подтвердил высказанное им в 1923 г. предположение, что «острая красная волчанка» представляет собою общее затяжное септическое или токсическое заболевание.

В.П. Павлов и И.Д. Перкель впервые в литературе описали случай экспериментального врожденного сифилиса у кролика с явлениями сифилитического остеохондрита.

А.В. Россов впервые в литературе описал межпальцевую локализацию фузоспирохтоза.

Н.И. Ходукин обстоятельно изучил эпидемиологию болезни Боровского.

Н.А. Черногубов предложил для эпиляции волос местное применение водного раствора таллия.

Ф.И. Ширяев доказал, что при лечении больных сифилисом препаратами ртути, последняя может в большом количестве и длительное время содержаться в ликворе.

С 1 по 7 июля в Ленинграде проведен III Всесоюзный съезд по борьбе с венерическими болезнями.

1930 г. А.М. Ариевич впервые в литературе описал изолированное поражение ресниц микроскорией.

Б.П. Будягин предложил консервирование человеческой сыворотки методом высушивания на бумаге для исследования крови по Вассерману.

П.Г. Джавахов наблюдал саркоид, закончившийся нежным рубцом.

А.С. Кайданов впервые в СССР описал язвенно-некротическую форму геморрагического васкулита.

Л.Н. Машкиллейсон обнаружил при местном амилоидозе наличие амилоидных отложений в клинически неизмененных участках кожи.

Я.А. Мериин обнаружил новый вид возбудителя хромобластомикоза, известного теперь в литературе как Hormodendron rossicum Meriini.

В.И. Станиславский первый описал изменения эластических волокон кожи при буллезном эпидермолизе.

На базе больницы им. В.И. Тарновского организован Ленинградский областной научно-исследовательский кожно-венерологический институт.

О.Н. Подвысоцкая впервые в Европе описала случай хромобластомикоза.

И.М. Исмаил-Заде изучил механизм онкогенного действия нефтяных продуктов.

1931 г. Н.С. Ведров доказал, что динитрохлорбензолом можно сенсибилизировать кожу каждого человека.

Н.С. Ведров и А.П. Долгов экспериментально доказали, что все минеральные масла могут вызывать поражения фолликулярного аппарата кожи.

Н.С. Ведров и В.В. Иванов предложили «капельную пробу» для определения повышенной чувствительности кожи к химическим веществам.

А.П. Долгов и М.Л. Морозов описали эпизоотическую зоонозу коров, известную в дерматологии под названием «узелков доильщиц», и доказали тождество этих возбудителей, vaceine rouge французских авторов и «поравакцины» (Пирке).

А.О. Верещинский первый в СССР описал лимфоэпителиальные опухоли, гистоморфологию которых подробно изучили А.М. Кричевский и А.С. Налбат (1953).

И.И. Гительзон описал атипическую форму болезни Боровского в виде бугорков, располагающихся кольцами или дугами вокруг заживающих ран, и дал им название «металейшманиоз».

Г.И. Ленда и В.П. Панов впервые обратили внимание на запоздалое окостенение у детей с врожденным сифилисом.

Г.И. Мещерский впервые описал буллезную разновидность контагиозного импетиго.

А.Б. Селисский наблюдал дугообразную телеангиэктахическую пурпуру Toureine.

В.К. Фельдман предложил новую организационную форму лечебной помощи кожным больным в виде полустационара.

С.А. Финкельштейн доказал возможность полового заражения сифилисом кроликов и установил, что при внутривенном введении бледной

сперохеты беременной крольчихе спирохета проникает в плод через плаценту.

Н.А. Черногубов предложил первую советскую классификацию дерматомикозов: эпидермомикозы, поверхностные и глубокие дерматомикозы.

С.Т. Павлов впервые описал акантолитические клетки при пузырчатке.

1932 г. А.М. Вельямович и Г.А. Шустеров впервые в мире описали волчанку уретры.

Ф.Н. Грингар и В.А. Рахманов установили, что в возникновении пиодермии у рабочих промышленных предприятий большое значение имеет производственный травматизм.

А.И. Картамышев ввел в практику дерматологии лечение некоторых дерматозов гипнозом.

А.Г. Лурье и М.Т. Рейф впервые в литературе описали поражение лимфатических шейных желез при фавусе, получили культуру ахориона из пораженных желез.

М.С. Пильнов обратил внимание на розовый оттенок пятен псориаза, что может иметь дифференциально-диагностическое значение, в частности при локализации высыпаний только в складках или на волосистой части кожи головы.

О.Н. Подвысоцкая выделила острую форму эпидермофитии; доказала значение спектрохимичесних исследований для дифференциальной характеристики Tr. vlolaceum, Tr. rubrum, Tr. gypaseum, Sp. Kaufmah-Wolf.

Г.О. Сутеев и Д.И. Аснин впервые в литературе описали поражение слизистой полости рта при острой язве вульвы.

И.З. Талалов описал форму сифилитической розеолы и дал ей название roseola psoriasiformis piqmentosa, pseudoatrophica.

Под руководством А.М. Исаева ликвидирована ришта (дракункулез) в среднеазиатской части России.

И.И. Гительзон дал детальную характеристику «сухой и эктиматозной» формы болезни Боровского.

П.С. Григорьев и М.М. Рапопорт предложили новый упрощенный метод серодиагностики сифилиса.

С.Ф. Дмитриев впервые обратил внимание на явление лизиса сопутствующему процессу диссоциации колония.

А.М. Кричевский разработал «Прелиминарную и патогенетическую классификацию дерматозов», основанную на принципах причинности.

Л.Н. Машкиллейсон, М.Н. Сегаль и Е.Е. Сигалова впервые в СССР провели изучение эпидемиологии, клиники и бактериологии эпидермофитии, описали стертые ее формы.

А.Л. Мясников предложил оригинальную классификациию сифилитических поражений печени.

А.А. Штейн предложил классификацию лепрозных реакций и доказал их аллергическую природу.

Опубликована монография И.И. Гительзона «Кожный лейшманиоз» (Ашхабад, 1933).

1934 г. В.И. Казаков впервые в СССР описал флеботодермию.

П.В. Кашкин и Т.М. Капушина установили полиморфизм дерматофитов и секторальные в них изменения.

Г.И. Маркелов наблюдал первый в СССР случай опухоли Barre-Masson.

Л.Н. Машкиллейсон и А.К. Якубсон впервые в СССР описали эритродермический вариант красной волчанки.

О.Н. Подвысоцкая описала клинику и методы диагностики дерматоза под названием хромомикоза.

И.Б. Сегаль для получения культур стрептобацилл Петерсена-Дюкре-Унна предложил пользоваться материалом из закрытых мягкошанкерных бубонов, а также разработал методику пересева материала.

1935 г. А.В. Брайцев и Г.И. Большакова наблюдали первый случай в СССР синдрома Pentz-van Dyke-Jegers-Touraine.

П.В. Кожевников и Н.В. Добротворская описали лимфатические каналы в эпидермисе.

В.К. Красовитов предложил способ пластики «отторгнутыми лоскутами» кожи.

А.М. Кричевский открыл новый феномен геморрагической паралергии и доказал (1939) аллергический характер ряда дерматозов эндогенными аллергенами.

О.Н. Подвысоцкая и Я.Б. Каплан описали новую форму туберкулезной волчанки и высказали предположение, что развитие туберкулеза в различных формах подчинено одним и тем же закономерностям.

Я.Л. Рапопорт впервые получила развитие бугоркового туберкулезного процесса в очаге аллергического воспаления кожи при экспериментальном туберкулезе.

И.З. Тапалов экспериментально установил, что острая язва вульвы является неспецифической аллергической реакцией, в которой вагинальной флоре принадлежит роль разрешавшего фактора.

Г.Д. Ходановский описал новые клинические проявления пеллагры на ногтях.

1936 г. М.В. Борзов на основании обнаруженных при раскопках в Средней Азии сферо-конических сосудов для ртути и анализа литера-

турных данных пришел к заключению, что сифилис в Средней Азии существовал от открытия Америки, и опубликовал известный труд «Проблема древности сифилиса в Средней Азии».

Г.А. Вольферц разработала метод получений чистой культуры бледной спирохеты из крови больного сифилисом.

Г.В. Выгодчиков получил стафилококковый анатоксин.

С.Ф. Дмитриев и Г.О. Сутеев предложили для лечения антиномикоза лизированные культуры актиномицетов — актинофи льтрат.

К.Я. Журавлев разработал метод исследования адаптации кожи на температурные раздражения, позволяющие изучить зависимость функционального состояния кожи от нервной системы.

Л.Н. Машкиллейсон и Л.А. Нерадов описали новую форму кератоза ладоней и подошв под названием porokeratosis prinulosa palmaris et plantaris предложил классификацию хронической трихофитии, ввел в практику название «хроническая трихофития взрослых».

О.Н. Подвысоцкая установила, что в патогенезе экземы существенную роль играет нарушение адаптационной способности нервного аппарата кожи.

1937 г. А.Н. Аравийский и А.А. Шахова установили глубокое проникновение грибка в дерму и объясняли это не только проникновением мицелия из мальпигеевого слоя в кожу, но и заносом его по сосудам.

А.М. Ариевич предложил метод «отслойки» — удаление рогового слоя компрессными мазевыми повязками (на 48 часов) из 12% салициловой и 6% молочной (или бензойной) кислоты на вазелине; совместно с М.И. Кожевниковой разработали организационные формы борьбы с грибковыми заболеваниями.

М.М. Бременер опроверг мнение о благоприятном влиянии рожи на течение туберкулезной волчанки.

С.М. Гитман и П.М. Книсберг впервые описали фиксированную рецидивирующую полиморфную эритему психогенного происхождения.

А.П. Иордан и Р.И. Рыдник впервые в отечественной литературе описали синдром Ядассона-Левандовского.

П.Г. Оганесян разработал новый метод внутрикожного заражения сифилисом кроликов, укорачивающий инкубационный период этой инфекции.

И.С. Попов описал разновидность хронической трихофитии гладкой кожи — Tr. erythemato-sguamosa follicularis.

С.А. Рейберг впервые в мире доказал, что в костях больнюх накапливаются лекарственные вещества, в том числе и металлы, такие как ртуть, висмут и др.

С.К. Розенталь разработал электрометрический метод исследования функционального состояния эпидермиса.

Н.А. Торсуев для абортирования прогрессивной стадии псориаза предложил однократную внутримышечную инъекцию 5 млн. молока; первый в мире описал гистоморфологические изменения нервов кожи при гнездной алопеции, что было подтверждено исследованиями Г.Ф. Романенко (1950, 1953).

К.А. Черногубов разработал методику накожных коллодийных проб.

А.М. Ариевич выделил культуру ржавого микроспорума; доказал, что больные хронической трихофитией взрослые являются источником заражения детей, а не наоборот, как полагали ранее. Опробировал метод пропитывания пирогалловой кислотой для лечения онихоминозов в отличие от болезненного удаления ногтевых пластинок по методу Pellizzari.

З.С. Голотинов, А.В. Натидзе и З.С. Антимонова установи ли, что в фильтратах старых культур, приготовленных из токсигенных штаммов стафилококков, можно обнаружить экзотоксины, эндотоксины и продукты аутолиза микробных тел, расшифровав таким образом сущность антивирусов Безредки.

А.П. Долгов предложил называть «меланозы военного времени» токсическими меналодермиями, а меланодермии типа Риля, Габерман-Гофмана, пойкилодермии Сивата рассматривал как различные стадии одного и того же заболевания.

С.С. Лурье выделил токсиногенный стафилококковый штамм №38, превосходящий по токсиногенности и активности международный штамм Вуд 46.

Я.А. Мериин впервые описал поражение лимфатических желез при хромобластоминозе с нахождением в них грибка Honaodendrum roeelcum и установил, что в организме инфекционное начало распространяется по лимфатическим путям.

Л.Н. Машкиллейсон и Л.А. Абрамович установили, что при ряде аллергических кожных заболеваниях элементы активной мезенхимы находятся в состоянии раздражения.

И.С. Попов и З.С. Антимонова при прививке крысам культуры гормонодендрона установили признаки положительного результата этой прививки через 10 месяцев, что побудило пересмотреть вопросы этиологии и патогенеза этого заболевания.

Д.А. Трутнев установил, что развитию хронической глубокой пиодермии способствуют нарушения желудочной секреции, углеводного обмена, понижения функции активной мезенхимы и аллергизации кожи к пиовакцинам.

А.А. Цимеринов и Д.И. Литвиненко описали локализацию опухоли Berre-Masnon в области гипотенора.

Н.А. Черногубов разработал классификацию воспалительных реакций кожи, основанную на морфологических принципах.

В.Я. Шлапобергский предложил все жировые гранулемы обозначать как липогранулемы, оставляя термин «олеогранулема» лишь для гранулем инъекционных, и предложил классификацию липогранулем, основанную на клинико-гистологических принципах.

А.К. Якубсон описал новую разновидность pseudolues papulose.

Введен частичный, а с 1943 г. обязательный и полный учет больных туберкулезом кожи.

В.А. Борщевский изучил узловатую форму пиодермии.

П.М. Залкан экспериментально доказал, что в основе возникновения и избирательной локализации некоторых вторичных кожных реакций лежат неврогенные патогенетические механизмы.

Н.И. Латышев доказал, что резервуаром вируса болезни Боровского в условиях пустыни являются песчанки и другие грызуны (mericeum, meridiasnus, spermophilopsis leptodactylus, тонколапый суслик). Провел первый в мире опыт ликвидации очага болезни Боровского путем затравки с самолета норок грызунов хлорпикрином.

Л.Н. Машкиллейсон описал разновидность эпидермофитии стоп, назвав ее «стертой формой».

М.А. Розентул впервые подметил, что в патогенезе кожных заболеваний, локализирующихся на нижних конечностях, большую роль играет плоскостопие.

Н.Л. Россиянский и В.И. Фельдман впервые описали streptodermia diffusa adultorum.

Н.А. Торсуев впервые в мире описал своеобразный тип болезни Sener-Uscher (1926) с ангиомой в центре лейкодермы.

В.Ю. Яшвили применил белый стрептоцид для лечения мягкого шанкра.

В Москве был создан научно-исследовательский институт кожного туберкулеза, ставший в 1956 г. кожным отделением Института туберкулеза МЗ РСФСР.

Введен учет больных дерматомикозами на основе «обязательных извещений», а в 1943 г. — карточный.

Издан оригинальный «Учебник венерических и кожных болезней» П.С. Григорьева.

1938 г. А.П. Долгов начал разрабатывать проблему профессиональных дерматозов в ведущих отраслях России.

О.Н. Подвысоцкая начала применять методы функциональной диагностики в дерматологии.

1939 г. А.Я. Прокопчук предложил метод лечения красной волчанки акрихином.

А.М. Кричевский впервые в СССР детально описал болезнь Рейтера.

1940 г. С.И. Батов для диагностики олеогранулем предложил метод рентгенографии.

С.Ф. Дмитриев и Г.О. Сутеев установили инкубационный период и сроки формирования друз при экспериментальном заражении кроликов актиномикозом и выявили при этом значение сенсибилизации в патогенезе этого заболевания.

Д.А. Жданов изучил строение лимфатических сосудов кожи.

Е.Е. Кисин, пользуясь методом внутрикожных проб, первый установил, что потовыделительная реакция на введенный внутрикожно адреналин является в такой же мере закономерной, как на пилокарпин или другие парасимпатические вещества.

П.З. Кожевников выделил и описал два типа кожного лейшианиоза: поздноизъязвляющийся (городской) и остронекротический (сельский) и показал (1944) их сочетание и переход одного типа в другой.

А.М. Кричевский предложил объединить в одной системе синтетическую клинико-морфологическую классификацию дерматозов R. Sabourand и ботаническую классификацию дерматофитов Griqoris и Goiard.

Л.Н. Машкиллейсон уточнил клинические формы эпидермофитонов и предложил собственную классификацию: различая сквамозную, дисгидротическую и интертригинозную формы, поражнения ногтей эпидермофитией; описал своеобразное поражение кожи epidermolysis bulossa simplex acctivalis localisata, выявил новый синдром при каплевидном псориазе — симптом скрытого шелушения.

К.А. Михайлов доказал стрептококковую этиологию розового лишая Gibert.

А.П. Крюкова и Н.И. Латышева впервые в эксперименте установили передачу возбудителя кожного лейшманиоза у песчанок через укус москитов.

О.Н. Подвысоцкая предложила новый принцип лечения кожных болезней, основанный на патофизиологических механизмах воздействия в организме больных различными дерматозами.

А.Я. Прокопчук впервые в мировой практике дерматологии предложил для лечения больных красной волчанкой акрихин.

И.З. Талалов и И.А. Липский получили у кроликов, предварительно сенсибилизированных сывороткой больных дерматитом Дюринга, на внутривенное введение 2% раствора йодистого калия аллергическую реакцию, сходную с дерматитом Дюринга у человека.

Н.А. Торсуев впервые в России наблюдал случай шанкриформной пиодермии.

А.В. Ухин предложил вирусную природу псориаза.

А.П. Фридман обнаружил, что при пенициллинотерапии нейросифилиса, пенициллин в ликворе задерживается в 15–20 раз больше, чем в крови.

А.М. Халецкая получила экспериментальный генерализованный сифилис у крольчих, зараженных внутривенно.

В Ашхабаде состоялось совещание по борьбе с кожным лейшманиозом.

А.И. Ариевич и В.П. Лентковская для культуральной диагностики эпидермофитии стоп предложили производить посев исследуемого материала на 1% пентонную воду.

Л.М. Бродский и Ю.Б. Юдковский впервые в России наблюдали черепитчатый микоз (tenia imbricata).

А.И. Картамышев создал учение об аргирофильных волокнах в коже человека в норме и при различных дерматозах.

И.С. Попов и Н.И. Кириллова доказали, что описанный в 1833 г. Vilas-Boos Netto и Cesar Mazin epidermophiten nigricans является распространенным в природе сапрофитом, принадлежат к г. Alternaria из класса Fugi imperfecti.

И.А. Сегал показал, что у кроликов при сифилисе имеют место явления паниммунитета.

Н.А. Черногубов констатировал изменчивость морфологических и биологических свойств дерматомицетов.

М.М. Бременер для лечения туберкулеза кожи предложил «плантозал» и разработал метод диетотерапии.

1942 г. Л.Б. Левинсон установил, что больной закаснийски:й ёж / н.albulus major) может быть резервуаром вируса болезни Боровского.

1943 г. В.А. Рахманов разработал методику первой помощи при ожогах кожи минеральными кислотами и щелочами.

Издана монография «Аргентофильное основное вещество кожи» А.И. Картамышева; Уфа, ч. 1 (1943); ч. 2 (1944); ч. 3–4,(1945).

1944 г. А.И. Картамышев наблюдал злокачественный гранулёматоз Veqener.

В.А. Рахманов предложил пасту для очистки кожи от промышленных загрязнений.

Н.А. Российский высказал и обосновал положение, что в видимо нормальной коже, окружающей воспалительные очаги, могут возникнуть функциональные изменения, оказывающие влияние на рост этих очагов.

И.И. Потоцкий разработал научное направление по изучению кожных лейкемий.

1945 г. М.М. Кузнец большой опыт работы дерматовенерологов в годы войны опубликовал в многотомном руководстве «Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.».

В.Я. Арутюнов описал новый признак при чесотке — расположение чесоточных палуло-везикул в виде треугольника в области межягодичной складки.

М.И. Желтаков разработал гистохимическую методику обнаружения сальварсана в клетках активной мезенхимы.

А.В. Логинов предложил методику изучения механизма функциональных нарушений в коже в зависимости от состояния вегетативной нервной системы.

Е.А. Матушкин опытами на себе доказал, что грибки являются этиологическим фактором при эпидермофитии стоп.

Б.М. Пашков предложил классификацию поражения костей при позднем врожденном сифилисе.

Л.В. Штамова установила терапевтический эффект никотиновой кислоты при лечении каплевидного и лихеноидного парапсориаза.

1946 г. А.М. Ариевич и З.Г. Степанищева доказали, что спонтанные заболевания трихофитией встречаются не только у белых, но и у серых домашних мышей, и что больные трихофитией серые мыши могут явиться источником эпидемических вспышек трихофитии среди людей.

О.Н. Подвысоцкая подвергла физиологическому и патофизиологическому исследованию дерматозы с сосудистыми поражениями.

1947 г. П.В. Кожевников и Н.В. Добротворская обнаружили новый тип бугорков кожного лейшманиоза.

З.Г. Степанищева предложила высушивание и сохранение культур в ампулах для поддержания живого музея грибов, которые при этом сохраняют жизнеспособность и не проявили плеоморфизма до 4 лет.

1947 г. Н.А. Торсуев организовал экспериментально-клинический лепрозорий в Ростове-на-Дону.

1948 г. Д.М. Ратнер предложил классификации эпителиом, развивающихся на рубцах.

1949 г. А.Н. Аравийский впервые в литературе описал фавозный менинго-энцефалит.

А.Я. Ариевич разработал классификацию дрожжевых поражений кожи.

Л.В. Прорвич описала клинику фиксированной сульфаниламидной эритемы.

1950 г. В.Н. Добронравов изучал кожу как орган обмена веществ при нормальном и патологическом состоянии.

М.Л. Каплан наблюдал пьедру (trichosporia nodosa).

А.К. Якубсон разработал метод лечения туберкулеза кожи бессолевой диетой.

1951 г. А.Н. Аравийский выявил больного с поражением типа кокцидиоидного микоза.

Вышла из печати монография Г.О. Сутеева «Актиномикоз».

А.Я. Прокопчук начал применять радиоактивные изотопы для лечения хронических заболеваний кожи.

А.Ф. Чисятков описал эпидемиологию и клинику поражений кожи, вызываемых кровососущими крысиными клещами, завезенными к нам на кораблях из тропиков, и разработал их профилактику.

1952 г. А.Г. Лурье и А.Г. Рабинович наблюдали случаи гибридного поражения волосистой кожи головы трихофитией и фавусом.

Н.А. Торсуев подробно описал гистоморфологию нервных окончаний при обморожениях.

1953 г. А.И. Ариевич и В.Н. Пентковская диагностировали дерматомикоз волосистой части головы и кладкой кожи, вызванный M. gepstum.

В.Д. Войно-Ясенецкий предложил для лечения мозолей на стопах инъекции in loco 1% раствора новокаина.

А.М. Кричевский диагносцировал уретроокюлосиновиальный синдром Reiter.

Е.И. Новоселова описала волчаночно-клеточный феномен.

З.Г. Степанищева расширила эпидемиологическую цепь микроспории до трех звеньев: природа — животные (кошки, собаки) — человек.

К.Д. Фомин изучил тканевое дыхание и гликолиз при воспалительных процессах в коже.

О.К. Шапошников и М.И. Крупно наблюдали гипертрофические язвы голени (синдром Martorella, 1965).

И.Ф. Шмультер описал туляремийные сыпи.

1953 г. Г.Б. Нестеренко впервые изучил профессиональные вибрационные дерматозы.

Б.М. Пашков изучил поражения слизистой оболочки полости рта, опубликованные в руководствах для стоматологов и дерматологов.

А.Я. Вартапетов изучил патогенез нейрогенных дистрофий кожи.

1954 г. Н.Н. Васильева описала семейный хронический доброкачественный пемфигус Heily-Heily.

Р.А. Ланда-Глаз изучила функциональное состояние почек у больных дерматозами.

А.Я. Прокопчук и И.С. Чижик выделили в культуру грибка Aohorien qallinae из пораженных ногтей больного фавусом.

1955 г. А.А. Антоньев разработал (усовершенствовал) организационные мероприятия по борьбе с грибковыми заболеваниями.

Н.А. Иванов и Г.П. Егоров наблюдали больного синдромом Behcet.

И.И. Потоцкий предложил комбинированный метод лечения больных сифидисом арсеноксидами с препаратами ртути.

1956 г. Р.Я. Малыкинн впервые применил лечение больных экземой электросном.

Л.А. Нерадов наблюдал переход саркоида Brok в туберкулезную волчанку и наоборот.

Л.Р. Рубин наблюдал трофоэдему — врожденная слоновость нижних конечностей.

В Ереване состоялась межреспубликанская онкологическая конференция, посвященная раку и предраковым заболеваниям кожи и губы.

1957 г. Л.Л. Васильева изучила быстроту отшелушивания рогового слоя пораженной и видимо здоровой кожи при некоторых дерматозах.

С.Е. Горбовицкий обнаружил резкое преобладание возбудимых типов кожно-гальванических рефлексов у больных экземой, псориазом и других дерматозах.

А.А. Кадыров написал монографию об истории борьбы с риштой в СССР.

А.М. Кричевский с сотрудниками поддерживал вирусную этиологию пузырчатки.

И.Т. Курцин осветил некоторые дерматозы с позиций кортико-висцеральной теории.

А.Н. Порокопчук, А.П. Виторский и Н.З. Яговдик наблюдали гангренозную гранулему лица.

А.С. Чубарова изучила и описала динамику развития и разрешения бляшек псориаза.

О.К. Шапошников первый описал поражения кожи при клещевом энцефалите.

1957 г. П.Н. Переводчиков опубликовал «Руководство по распознаванию и профилактике лепры».

Н.А. Торсуев впервые внедрил карточную систему учета больных лепрой.

Издана книга Л.Н. Машкиллейсона «Лечение и профилактика кожных болезней», «Инфекционные и паразитарные болезни кожи» (1960), «Частная дерматология» (1965).

Л.А. Штейлухт изучил различные вопросы экспериментальной сифилидологии.

1958 г. А.М. Ариевич и В.А. Зачесов применили созданный ими препарат эпилин для лечения грибкового заболевания волос на голове.

В.Я. Арутюнов и А.Д. Иноземиева наблюдали гракулематоз Mieschер-Leder.

С.Н. Богданович разработал раннюю диагностику болезни Paget.

С.Е. Горбовицкий с соавторами доказали, что клиническое выздоровление при хронических дерматозах не совпадает с физиологическими.

Ё.И. Гурвич и М.И. Олевский выпустили монографию «Дерматозы в детском возрасте». М, 1958.

М.И. Дубовый изучил выделение половых гормонов при некоторых дерматозах.

К.А. Калангаевская экспериментально доказала влияние нарушений функций щитовидной и половых желез на сальные.

И.И. Потоцкий дал характеристику кожных высыпаний при различных формах лейкозов.

П.Ф. Бедненко опубликовала книгу «Центральные нервные влияния на реактивность кожи».

А.А. Студницин разработал метод пенициллинотерапии больных сифилисом.

Н.С. Смелов и Е.Д. Беляева начали изучать злокачественные лимфомы (ретикулеэы), протекавшие с преимущественным поражением кожи.

Н.С. Смелов и В.А. Лаптев применили диаминодифенилсульфом (ДДС) для лечения больных герпетиформным дерматитом.

И.Я. Шахтмейстр обнаружил нарушения протеинового, липидного и углеводного обменов у больных хроническими дерматозами.

1959 г. А.С. Гусарова и В.Й. Лейбман применили для лечения больных экземой витамин F.

А.А. Каламкарьян описал больного синдромом Stiyens-Gohnson.

Н.А. Торсуев диагносцировал и описал кератоакантому.

Р.Ф. Федоровская изучила мочевино-хлорноводный индекс как показатель функции надпочечников при некоторых дерматозах.

1960 г. З.Г. Арлозаров и Б.З. Брон показали, что фактор LE может быть определен в моче больных острой и подострой красной волчанкой при наличии выраженной протеинурии.

И.А. Далецкая выделила из почвы кератофильные грибы.

М.М. Желтаков и Г.Я. Шарапова наблюдали редкую форму миаза, вызванную глистой Arouqyloides stercorlis.

А.И. Милявский и В.С. Пашкова наблюдали случай невриномы, симулирующей саркоид Boeck.

В.С. Орлова описала первый случай врожденного пластического десквамативного дерматита новорожденного Gzass-Tosok.

А.А. Студницин изучал белковый состав крови у больных различными дерматозами.

О.К. Шапошников описал случай гранулематозного макро-хейлита.

И.М. Щербаков и Г.В. Лебедева диагносцировали и описали эрозивный эктодерматоз.

Е.А. Рахметов и Р.Х. Хмельницкий разработали методику лечения больных склеродермией лидазой.

А.С. Чубарова детально изучила перифокальные защитно-приспособительные реакции, которыми организм отвечает на эндогенные и экзогенные раздражения.

Н.С. Смелов впервые в отечественной дерматологии выделил и описал первичные ретикулезы кожи.

Опубликована монография А.А. Штейн «Дифференциальная диагностика заболеваний кожи», которая получила высокую оценку не только в России, но и за рубежом.

Б.А. Теохаров впервые описал поражения половых органов, обусловленных гарднереллой.

1961 г. А.А. Боголепов описал хроническую трихофитию у взрослых.

Б.А. Задорожный изучил лучевые поражения кожи б эксперименте, чему посвящена его докторская диссертация (1966).

С.Д. Селисский впервые описал иситорию учения о пиодермитах в России.

П.И. Пашков и Е.Ф. Беляева наблюдали больных с эрозивно-язвенной формой красного плоского лишая на слизистой рта.

Ю.В. Постников и Л.П. Николаев лечили больного с синдромом Sjosqen-Larsson.

Л.Д. Тищенко доказал, что при тяжелых и распространенных дерматозах содержание пантотеновой кислоты в крови значительно снижено.

Л.Г. Шереметьева описала случай превращения хронической язвенной пиодермии в карциному.

А.А. Штейн установил расстройства холодовой реакции у больных псориазом.

Л.А. Штейнлухт и П.Л. Штейнлухт начали изучение пропердина у больных кожными заболеваниями.

Д.Р. Штульмар описал случай локализованной претибиальной мексидемы.

Ухин применил пирогенал в лечении больных псоариазом.

Л.И. Фандеев описал первые три случая энтеропатического акродерматита.

В.А. Арутюнов и П.И. Големба изучили клинико-морфологические параллели при лимфомах (гемодермиях) и коллагенозах и указали, что лимфомы отличаются высокой вариабельностью и часто потенциальной злокачественностью.

Б.А. Беренбейн сообщил, что ангиосаркома Kaposi может трансформироваться в лимфому.

Т.А. Демченко доказала, что при грибковых и дрожжевых заболеваниях возможна постановка реакции связывания комплемента с высушенными сыворотками при сроке хранения их до 15 дней.

П.Д. Петрунин наблюдал больного с липоидным некробиозом (дислипоидоз Oppenheim-Urbach).

И.С. Попов и Л.И. Мищенко изготовили среду, на которой хорошо растут грибы.

О.К. Шапошников выделил хроническую узловатую эритему в самостоятельную нозологическую форму.

Н.З. Яговдик доказал значение микроэлементов в патогенезе некоторых дерматозов.

1962 г. Д.Л. Воронов описал псевдоатрофический ободок при псориазе, который получил название «симптома Воронова».

И.И. Ильин один из первых в отечественной венерологии указал на роль хламидийной инфекции в урогенитальной патологии и развития болезни Рейтера.

1963 г. А.М. Ариевич предложил новую классификацию дерматомикозов.

Е.А. Гребенников наблюдал субкорнеальный пустулёз.

Б.И. Пашков описал лейкоплакию полости рта.

Н.С. Потекаев описал эрозивно-язвенный вариант красного плоского лишая с сахарным диабетом и гипертонической болезнью, носящий в настоящее время название синдром Гриншпана-Потекаева.

В.И. Самцов наблюдал больного с субкорнеальным пустулёзным дерматозом.

А Т. Сосновский в пораженной коже кролика при лучевом дерматите обнаружил значительное увеличение содержания цинка.

О.К. Шапошников и М.И. Крупно наблюдали гипертрофические язвы голени (синдром Martorell).

1964 г. А.А. Антоньев с соавторами наблюдали надбровную рубцующуюся эритему в сочетании с приобретенной центробежной лейкодермой.

А.М. Ариевич выявил больных глубоким микозом, вызванным клещевым грибком Cephalosporium, протекающим как глубокая абсцедирующаяся или хроническая глубокая язвенная пиодермия.

И.И. Бережной описал случай муцинозной алопеции Pincus.

Б.А. Беренбейн и Л.И. Гончарова описали изменения в коже при облитерирующем эндоартериите.

А.С. Зенин и Е.П. Пирогова списали случай синдрома Klipper-Trenannay.

В.И. Самцов изучил дерматологические аспекты лучевой болезни.

М.А. Косенков и И.А. Кауфман описали случай ретинулосаркоматоза кожи Qotron.

П.В. Кожевников разработал причинно-следственную классификацию дерматозов.

М.И. Помилов обратил внимание на частоту и особенности течения кожных заболеваний у больных шизофренией.

Н.С. Потекаев с соавторами наблюдал эрозивно-язвенную форму красного плоского лишая на коже.

Ю.С. Касько изучил патогенез, клинику и лечение туберкулеза лимфатических узлов и вторичной скрофулодермы.

И.Е. Россов описал динамику потоотделительной и пигментообразовательной функции кожи после рассасывания псориатических бляшек.

Н.С. Смелов восстановил приоритет Г.И. Россолимо (1901) в описании заболевания, известного в литературе как синдром Melkerson-Rosenthal.

Н.А. Торсуев, Л.М. Гольдштейн и Э.Е. Гуревич впервые описали слу-

чай токсического неспецифического эпидермального некролиз-синдрома Lyell.

А.П. Базыка с сотрудниками, изучив содержание 17-кетостероидов и белков сыворотки крови у больных аллергическими дерматозами, уточнил роль коры надпочечников в их патогенезе.

Б.М. Дацковский показал, что моторно-кожные рефлексы важны и открывают перспективы целенаправленного корригировамия нарушенных вегетативных функций кожи при различных дерматозах.

Б.А. Беренбейн впервые разработал метод рефлексотерапии иглоукалыванием больных экземой и нейродермитом.

А.Л. Машкиллейсон сделал сообщение о рецидивирующих рубцующихся афтах.

И.И. Потоцкий сделал обзор о поражених кожи при коллагеноэах.

Н.А. Торсуев и Л.М. Гольдшнейн описали токсинодермию от приема внутрь керосина.

Н.И. Шокика описала больного гемангиомой с тромбоцитопенией (syndrom Kasabach-Merritt, 1940).

1965 г. Р.Г. Гаджиев разработал метод лечения радиоактивным изотопом фосфора 32Р в дерматологии.

Опубликована монография К.А. Калантаевской «Морфология и физиология кожи человека», переизданная в 1972 г.

Н.М. Туранов опубликовал материалы по истории борьбы с сифилисом в России.

1966 г. В.Я. Арутюнов и А.И. Можарова описали случай своеобразного аллергического гранулёматоза (патергического гранулёматоза Binkleq-Greyeland).

Б.А. Беренбейн и С.С. Кряжева описали атипические недифференцированные формы коллагенозов кожи.

И.Ф. Бучко описал случай пятнисто-белой болезни Sackson—Shernell (вариант склеродермии).

Е.В. Вербенко разработала методику гистохимического выявления различных частей рогового слоя при некоторых дерматозах путем окраски бромфенолом — синим и черным анилином.

Т.А. Главинская изучила некоторые вопросы патогенеза и саногенеза красной волчанки с клинико-лабораторных позиций.

И.И. Гром-Врублевская применила для лечения больных гипертрихозом эпиляцию коротковолновым током высокой частоты.

О.Л. Иванов и Н.С. Потекаев описали злокачественный атрофирующий папулёз Deqos-Delort-Tricot.

И.А. Кауфман описал гистоморфологические изменения нервов кожи при лимфомах (гемодермиях).

Н.С. Смелов поднял вопрос о необходимости разработки номенклатуры синдромов.

Н.А. Торсуев и Л.М. Гольдштейн описали бородавчатую эпидермодисплазию Lenandowsky-Lutta.

Т.В. Васильев разработал методы лечения больных сифилисом отечественными дюрантными препаратами пенициллина (экмоновоциллином, бициллином-1, 3, 4 и бициллином-3, 4 в комбинации с пирогеналом).

1967 г. Н.А. Добротина доказала значение исследования уролепсина при некоторых дерматозах.

А.А. Антоньев изучил профессиональные дерматозы химического генеза: структуру, классификации, диагностику, лечение и профилактику.

О.К. Шапошников впервые изучил сосудистые поражения кожи (васкулиты).

Н.И. Тумашева изучила значение некоторых микроэлементов при кожных и венерических заболеваниях.

Опубликована книга Д.С. Сакварклидзе «К вопросу о географическом распространении инфекционных кожных заболеваний».

1968 г. Е.В. Вербенко описана атрофодермию типа Pasini-Pierini.

Е.К. Богданова разработала комплексную пирогеналовитаминную терапию больных псориазом.

Р.К. Макашева изучила вопросы этиологии, патогенеза и лечения экзематидов волосистой части головы.

Ф.И. Ибрагимов изучил лекарственные растения восточной народной медицины, применяемых в дерматологии.

1969 г. И.И. Потоцкий изучил окислительно-восстановительные и гисто-химические процессы в коже при некоторых дерматозах.

А.А. Каламкарьян один из первых в России детально разработал проблему ретикулезов кожи.

1970 г. К.Н. Суворова и Н.С. Сазонова наблюдали больную 12 лет с синдромом Санктиса-Каккионе (1932).

Л.П. Цыркунов использовал тест дегрануляции базофилов (проба Шелли) для диагностики профессиональных дерматозов.

С.И. Довжанский применил фторафур при псориатическом артрите, коллагенозах, базалиомах кожи, спиробромин — при злокачественных лимфомах.

1971 г. Р.С. Бабаянц, А.В. Константинов и А.П. Ракчеев описали больных с синдромом Gorlin.

С.Л. Лыкова изучила клинику поражений кожи у больных сахарным диабетом.

Вышла из печати монография В.И. Сухарева «Физиотерапия, массаж и лечебная физкультура», за которую автор был награжден медалью ВДНХ.

Опубликована книга М.В. Милич «Эволюция сифилиса», выдержавшая несколько изданий.

1972 г. Ю.Н. Ашмарин опубликовал монографию «Поражения кожи и слизистых оболочек при ретикулезах». М, 1972.

1973 г. А.М. Ариевич, В.Е. Злеерман и З.Г. Степанищева описали поражение кожи, обусловленные Microsporum distortum.

Р.С. Бабаянц описал периоральный дерматит.

Е.А. Досычев разработал и ввел в практику приборы для кожной контактной колориметрии, контактной кожной термо- и алгезиометрии, бароалгезиометрии, фото-пигментации, метод бидигиторной сосудистой реакции при дозированном холодов стимуле.

Ф.И. Колпаков исследовал проницаемость кожи вредных химических и лекарственных веществ.

О.К. Шапошников и В.И. Самцов применили эмитин для лечения больных опоясывающим лишаем.

1974 г. П.Н. Кузнецова изучила позднюю кожную порфирию как поликистозное заболевание.

О.П. Комо провел углубленное изучение этиологии и патогенеза псориаза.

1975 г. Б.А. Беренбейн разработал новые методы лечения дерматозов, сопровождающихся избыточной клеточной пролифирацией и предложил критерии ранней диагностики злокачественной трансформации эпидермиса.

1976 г. Опубликована монография А.М. Ариевича и Л.Т. Шецирули «Патология ногтей».

1980 г. Ю.М. Игошин разработал и внедрил в практику лечение псориаза ингаляциями интерферона.

Е.А. Козулин разработал и внедрил новый метод лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий при аллергодерматозах у рабочих деревообрабатывающего производства.

П.Н. Пестерев доказал связь зооантропозной трихофитии человека с природными очагами.

1981 г. Н.П. Торопова изучила клинико-патогенетические особенности экземы и нейродермита у детей.

1984 г. Организована конференция в память проф. В.А. Рахманова.

Н.С. Потекаев и О.Л. Иванов первыми в отечественной дерматологии выявили больных злокачественным папулезом Дегоса.

1986 г. М.М. Гафаров изучил эпидемиологию возбудителей и особенности формирования клинического течения микозов стоп в зависимости от сопутствующей микрофлоры кожи и кишечника в экологически неблагоприятных регионах.

1988 г. Н.Г. Короткий изучил роль иммунно-метаболических нарушений при псориазе и их коррекции.

1989 г. В.В. Владимиров организовал первый в России «Институт псориаза».

1992 г. Н.М. Голощапов синтезировал более 50 новых противолепрозных препаратов, что позволило эффективно проводить лечение больных лепрой и сокращению учреждений противолепрозной сети.

1993 г. Э.А. Баткаев разработал метод эндолимфатической пенициллинотерапии заразных форм сифилиса.

1994 г. И.И. Мавров опубликовал капитальный труд «Половые болезни».

1997 г. С.И. Данилов изучил проблемы сероризестности при сифилисе.

1998 г. Л.Г. Воронина разработала алгоритм лабораторной диагностики гонореи и питательных сред для выделения гонококка.

Н.В. Кунгуров изучил особенности типов течения атопического дерматита.

Заключение

Историографический разбор литературы показывает соотношение социального и биологического в развитии научных исследований в отечественной дерматовенерологии, их взаимоотношения. Основная задача историографического анализа состоит в том, чтобы выявить историческую достоверность фактов и вытекающих из них выводов и заключений.

Проведенный анализ историко-медицинских материалов позволил воссоздать историю дерматологии и венерологии в России с древнейших времён до 90-х годов XX столетия. Обобщение этих материалов позволило выявить следующие этапы развития медицинских знаний в нашей специальности:

1 — эмпирический (с древнейших времён до середины XII века). Происходило первоначальное накопление медико-биологических представлений в данной области путём эмпирического накопления, включающего наблюдения, догадки и зачатки обобщений учёных-медиков этого периода времени, с применением эмпирического метода лечения, использующего опыт народной медицины в сочетании в той или иной степени с религиозными ритуалами.

Представление о заболеваниях кожи и половых органов начали развиваться с познаний в области причинности заболеваний кожи от наивно-мистических представлений в народной медицине и воспринятой из античной медицины гуморальной теории до гениальных прозрений о контагиозности в средневековый период и исследований XIX–XX столетий.

2 — морфологический (со второй половины XII до XVIII столетий), начинающийся с исследований и наблюдений учёных-энциклопедистов и врачей-анатомов эпохи Возрождения и заканчивающийся исследованиями врачей XVIII века, характеризуется развитием симптоматического периода описания болезней кожи, зачатки которого обнаруживаются в трудах врачей первого периода; стремлением к систематизации симптоматических признаков на основании этиологического принципа; лечением с использованием лекарственных средств не только народной медицины, но и искусственно полученных химических веществ (соли и окиси металлов).

Основоположниками морфологической (описательной) дерматологии являлись учёные начала XVIII столетия в Австрии Фердинанд Гебра (1845) и его последователь Мориц Капоши. Они впервые выявили морфологические элементы сыпи и в основу изучения заболеваний кожи положили морфологический принцип.

3 — выделение дерматологии и венерологии в самостоятельную дисциплину (1869) имеет свои характерные признаки: создание методик микроскопического изучения структуры кожи, первых электро-физиологических методов изучения функции кожи, выделение дерматовенерологии как специальной медицинской дисциплины, разработка этиологического и патогенетического лечения заболеваний кожи.

Углублённые многопрофильные исследования, направленные главным образом на выявление этиологии и патогенеза кожных и венерических болезней, проводились методами, заимствованными из других медицинских дисциплин (клинико-экспериментальными, морфологическими, патоморфологическими, иммуннобиологическими и др.). В это же время была проведена работа по оказанию специализированной медицинской помощи кожным и венерическим больным. Этот период начался с установления медицинских связей с зарубежными специалистами по дерматовенерологии.

4 — советский период (с 1917 года) — принципиально новый этап огромных социальных преобразований и достижений практической дерматологии и венерологии в России, связанный с организацией Наркомздрава РСФСР и первого в мире научно-исследовательского кожно-венерологического института.

Для сравнения и правильной оценки достижений описанных периодов необходимо отметить характерные черты четвертого периода развития дерматовенерологии, который соответствует первому шестидесятилетию XX века: детальное изучение микроструктуры кожи, разработка тонких электрофизиологических и радиоэлектронных методик; изучение биохимической структуры кожи в норме и патологии, а также начало внедрения гистохимических методов в дерматологию; разработка семиотики в дерматовенерологии и нозологии кожных и венерических болезней; достижения в области изучения бактериальных и вирусных заболеваний, передаваемых половым путём, и болезней кожи; формирование понятия о наследственно-семейных заболеваниях кожи. Что касается лечения кожных и венерических заболеваний, то оно было эмпирическим почти до конца XIX века, с использованием от культовых растений до сложных лекарственных средств, стихийно возникшего в народной медицине представления о предупреждении заболеваний, от учреждения больниц и лепрозориев до организации профилактической медицины в начале XX века, так как не было условий для разработки этиологической и патогенетической терапии. Большим достижением в этом направлении оказалась химиотерапия, особенно в лечении венерических заболеваний, начиная с открытий П. Эрлиха в 1906 г.

Глубокое изучение истории дерматовенерологии показывает, что стимулами её развития были не случайные открытия, а достижения медицины и естественных наук на данном этапе.

В развитии дерматологии и венерологии в России проявилась диалектика медицинского познания: преемственность и углубление знаний, постепенное усложнение методов исследований, зависимость уровня знаний в этой облас-

ти на всех этапах развития от общего уровня культуры и медицины; влияние в каждом историческом периоде факторов, способствующих прогрессу науки. Накопление знаний в области болезней кожи и гениталий привело к необходимости их выделения из общей медицины; позднее наступила тенденция к их интеграции и формированию отдельной медицинской дисциплины. Эта закономерность прослеживается также в развитии всеобщей дерматологии и венерологии.

В своём развитии дерматология и венерология в России испытывала прогрессивное влияние античной, греческой и средневековой медицины, стран Востока, сохраняя при этом самобытность и самостоятельность, что прослеживается в развитии клинической мысли, представлений о причинности болезней кожи и половых органов, методов лечения и профилактических мероприятий.

В X-XIII столетиях в рукописных "лечебниках" и "травниках" появилось описание и болезней кожи, их признаков, что положило начало морфологической дерматологии. Во многих лечебниках России описана симптоматика болезней кожи и гениталий, накопленная путём врачебного опыта.

Русские врачи высказывали самостоятельное суждение о раздельности сифилиса и гонореи на основании своих клинических наблюдений в XII-XVIII столетиях, в добактериальную эру, вопреки сложившимся представлениям унитаристов о единстве сифилиса и гонореи. В настоящее время к заболеваниям, передаваемым половым путём (ЗПП), согласно Международной классификации ВОЗ, относятся более 20 нозологических форм, в том числе СПИД, сифилис, гонорея, хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, кандидоз, трихомониаз, генитальный герпес, остроконечные кондиломы, гарднерелёз (бактериальный вагиноз), лобковый педикулёз, чесотка и др. Трагедией XX века для медицины и всего человечества считается СПИД (синдром приобретённого иммунного дефицита). Высокая заражаемость населения этой инфекцией определяет не только медицинское, но и социальное значение этой проблемы. Все эти вопросы обсуждались на XI Международном конгрессе по СПИДу, проходившем с 7 по 12 июля 1996 года в Ванкувере.

Среди русских учёных-медиков были ведущие врачи и научные исследователи в области дерматологии и венерологии, которые создали свои научные школы отечественной дерматовенерологии. Их достижения нашли отражение в оригинальных трудах, имеют большое значение для дальнейшего прогресса этой медицинской науки. Некоторые результаты этих исследований превосходят развитие этой науки в других странах.

Таким образом, современная дерматовенерология является результатом тысячелетнего труда многих врачей и биологов, изучавших жизненные процессы и болезненные состояния организма человека и животных.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение 5

Глава 1
Кожные и венерические болезни в древности 8

Глава 2
Основные этапы развития дерматологии и сифилидологии в России и других странах мира 24

Глава 3
Состояние дерматовенерологии в России до организации кафедр кожных и венерических болезней 34

Глава 4
Калинкинская больница 68

Глава 5
В.М. Тарновский — основоположник первой научной школы сифилидологии в России 77

Глава 6
Сифилис в России 90

Глава 7
Земство в борьбе с сифилисом 115

Глава 8
Развитие отечественной дерматомикологии 133

Глава 9
История косметологии 170

9.1. Пути развития косметики с древних времен 170

9.2. Развитие косметики в России 200

9.3. Организация Московского научно-исследовательского института косметологии 207

Глава 10
Значение Наркомздрава в развитии отечественной дерматовенерологии 220

Глава 11
Организация кожно-венерологического института в Москве 238
11.1. Коронационное убежище 238
11.2. Центральный научно-исследовательский кожно-венерологический институт 245
11.3. Докторские диссертации, выполненные сотрудниками ЦНИКВИ 270

Глава 12
Важнейшие научные школы отечественной дерматовенерологии 277
12.1.Научная школа проф. Г.И.Мещерского 277
12.2. Научная школа профы. О.Н.Подвысоцкой 291
12.3. Научная школа проф. А.Я.Прокопчука 306
12.4. Научная школа проф. М.П.Батунина 324
12.5. Научная школа проф. П.В.Кожевникова 340
12.6. Научная школа проф. Н.А.Торсуева 356
12.7. Научная школа проф. И.И.Потоцкого 369
12.8. Генеалогия отечественной дерматологии и венерологии. 387

Глава 13
Современные проблемы научных медицинских школ в России 391

Глава 14
К истории библиографии отечественной дерматологии и венерологии ... 409
14.1. Периодические издания по дерматологии и венерологии 418
14.2. Монографии, посвященные истории отечественной дерматовенерологии 418
14.3 Диссертации, посвященные истории отечественн дерматовенерологии 419

Глава 15
Открытия, приоритеты и знаменательные даты отечественной дерматологии и венерологии 422

Заключение 457

Н.И. Гусаков

ИСТОРИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ

Директор издательства: *Анна Новицкая*
Макет: *Влад Багров*
Корректор: *Наталья Сергеева*
Компьютерная верстка: *Влад Багров*

Подписано в печать 11.09.2007 г. Формат 84x108 1/32
Бумага офсетная. Гарнитура «Baltica».
Печать офсетная. Усл. печ. л. 11,5
Тираж 1000 экз. Заказ № 3148

Издательство «Авваллон»
127015, Москва, 2-я Квесисская ул., д. 9
Тел.: (095) 685-4875, 685-6989, 685-2675
e-mail: info@avvallon.ru
www.avvallon.ru

ISBN 978-5-94989-3

9 799785 949895

Отпечатано с готовых диапозитивов в филиале ГУП МО «КТ» «Воскресенская типография»
140200, г. Воскресенск, Московской области, ул. Вокзальная, д. 30
E-mail: vosprint@mail.ru тел.: 8 (49644) 2-45-42



Об авторе

Гусаков Николай Иванович, 1937 года рождения, ученик научной школы проф. Н.А. Торсуева. В1975 году Н.И. Гусаков под руководством проф. Н.А. Торсуева защитил диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему «Развитие отечественной сифилидологии по рукописным работам русских врачей XVIII и начала XIX столетий»; в 1997 году защитил диссертацию на соискание ученой степени доктора медицинских наук на тему «Научные школы отечественной дерматовенерологии в развитии (XX век)». Н.И. Гусаков является автором более 130 научных печатных работ и 7 монографий, посвященных различным вопросам отечественной дерматовенерологии.

Данная работа Н.И. Гусакова посвящена развитию учения о кожных и венерических болезнях в России.

