

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Кемеровский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации



МАТЕРИАЛЫ
IV Международной научно-практической конференции
«ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ В СИБИРИ»,
посвященной первому ректору КемГМУ
Беляеву Степану Васильевичу

15 марта 2023 года

Кемерово 2023

УДК 61(571.1/.5)(082)

ББК 5г

И 907

Рецензенты: доктор политических наук, профессор С. В. Бирюков; доктор исторических наук, доцент С. П. Звягин

Редакционная коллегия выпуска:

д.м.н., доцент Д. Ю. Кувшинов; к.ист.н., доцент В. В. Шиллер; к.филос.н., доцент Н. Н. Ростова; к.филол.н., доцент Л. В. Гукина, канд. культ., доцент М. Г. Марьина; к.экон.н., доцент М. В. Соколовский; асс. И. Е. Самарский.

История медицины в Сибири: материалы IV Международной научно-практической конференции, посвященной первому ректору КемГМУ Беляеву Степану Васильевичу (Кемерово, 15 марта 2023 г.) / отв. ред. В. В. Шиллер, Н. Н. Ростова, Л. В. Гукина, М. В. Соколовский, М. Г. Марьина, И. Е. Самарский. – Кемерово: КемГМУ, 2023. – 250 с.

В сборнике представлены статьи российских и зарубежных исследователей, а также студентов, изучающих российские и региональные проблемы истории медицины и связанных с ней отраслей и направлений. Тексты публикуются в авторской редакции.

Сборник ориентирован на представителей профессиональных исторических и медицинских сообществ, студентов, обучающихся по специальностям «Лечебное дело», «Стоматология», «Педиатрия», «Медико-профилактическое дело», а также всех, интересующихся историей медицины.

ISBN 978-5-8151-0301-6

СОДЕРЖАНИЕ

РАЗДЕЛ I. «МЕДИЦИНА В РОССИИ»	6
Ашаева А. В., Баги А. М. Народные методы лечения симптома ОРВИ (воспаленное горло) в России и Египте	6
Альшевская В. А. Место альтернативной медицины «Аюрведа» в системе здравоохранения России	10
Аскарова Р. И. Выдающиеся ученые медики России и Средней Азии, внесшие вклад в пульмонологию	13
Апсаликова З. С., Липихина А. В., Брайт Ю. Ю., Коновалова Ф. В. Становление радиационной медицины и экологии в Казахстане	18
Вакуленко В. А., Зяблицева Е. О., Фомина Н. В. История открытия и развития учения о нефритах	27
Деревская Е. И. Совокупность практик и методов лечения с первобытного времени до современности	31
Чеснокова Л. Д., Лобанов М. М., Уткина Е. В., Пиминова Т. А. Заместительная почечная терапия (зпт) в Кузбассе. История развития и достижения последних лет	38
Ibrayeva S. S., Khamchiyev K. M., Sembekova K. T., Kulysbek A. T. Morphological changes in a conditioned reflex activity and a brain tissue of rats under influence if various stress	44
Квирам А. И., Павлова В. Ю. История трансплантации костного мозга	48
Клещева А. В., Квиткова Л. В., Солдатова Н. В., Носакин Е. С. Отечественная наука в борьбе с инфекцией: от знахарства к разработке современных классов антибиотиков	52
Кобелькова И. В., Коростелева М. М. История возникновения и развитие идей антропонуторициологии как нового научного направления в ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии»	57
Курьязов А. К. Вклад выдающихся российских и азиатских ученых медиков в развитие стоматологии детского возраста	62
Мингазов И. Ф., Герасимова Э. В., Поляков А. Я. Некоторые штрихи к истории становления и деятельности новосибирского научно-исследовательского института гигиены	65
Миненок В. А., Болдина Н. В. Николай Федорович Гамалея – бренд отечественной вирусологической школы	71
Миненок В. А. Вклад медицинских работников в Великую Победу	74

Никитюк Д. Б., Кобелькова И. В., Коростелева М. М. Антропонутрициология как инструмент изучения адаптационного потенциала спортсменов	77
Подолужный В. И., Радионов И. А., Павленко В. В., Кокоулина Ю. А. Становление и развитие хирургической службы в г. Кемерово	82
Деревенко Ю. П., Чащин А. П. Назначение тироксина в эндокринологических отделениях города Кемерово	86
Помыткина Т. Е., Вилкина Е. В. Преимущества и недостатки телемедицины	89
Самарский И. Е. Борьба с инфекционными заболеваниями в первые годы советской власти	92
Ткаченко М. А., Звягин С. П. Нравственный выбор доктора Е. С. Боткина: столетие спустя	97
Черенева Л. А., Аргунова Ю. А. Роль Леонардо да Винчи в медицине	102
Юсупов Ш. Р. Вклад русских и азиатских ученых в становлении и развития фтизиатрии	107
РАЗДЕЛ II. «ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ В СИБИРИ»	113
Альшевская В. А. Интернализация медицинского образования в Кузбассе	113
Ашаева А. В. Лекарственные растения Сибири в составе немецких лечебных препаратах компании Bionorica	115
Береснева К. С. Становление педиатрической службы города Новокузнецка	118
Богданова А. К. История создания санитарно-эпидемиологической службы в Кузбассе	124
Бородкина А. Ю. Становление здравоохранения в Кузбассе в первые годы советской власти	128
Васенина Д. М. Блокада Ленинграда – проблема материнства и детства	133
Горбатюк С. А., Васильева Э. А., Подсевалова С. И. Спорт во времена Великой Отечественной войны	137
Гурин Б. А., Звягин С. П., Лаврушкина В. И. Кемеровский хирург Т. И. Шраер и московский поэт В. Д. Фёдоров: врач и пациент	141
Деревская Е. И. Интеграция принципов здорового образа жизни и активной физической нагрузки в повседневность	146
Дьякова И. Н., Дьяков Д. В. Здравоохранение в Адыгейской области 1922-1926 гг.	151
Жауади Сарра Лекарственные растения Сибири	155

Звягин С. П. Е. Х. фон Арнольд – пионер зубо врачебного дела в Харбине	160
Гукина Л. В. Из истории издания зарубежного многоязычного словаря для русских пользователей – врачей и студентов медицинских вузов	168
Карташова П. М. Игнац Земмельвейс – «Спаситель матерей»	174
Коновалова Я. С., Ключун К. К. Выдающиеся личности в истории Кузбасса: Григорий Анатольевич Дрозд, Артем Валерьевич Левин	178
Куликова Н. В. Диалектический материализм и теория общей патологии: проблема методологической взаимосвязи	182
Макарчук С. В. Энциклопедический словарь «общественно-политическая жизнь Сибири в конце XIX – начале XX века» как комплексный историографический источник участия медиков	186
Никитина С. М. История использования наркотических веществ с древнейших времен до современности	194
Помыткина Т. Е., Модина М. А., Шиляева К. В. Осложнение язвенной болезни у пациента с сочетанной патологией	200
Самарский И. Е. Организация системы эвакуационных госпиталей в Кемеровской области в годы Великой Отечественной войны	203
Самарский И. Е. Мероприятия по санитарно-гигиеническому просвещению населения в Сибири в 1920-1930-е годы	206
Сорокина С. Э. Мертворождаемость в Республике Беларусь (итог 20-летней деятельности системы родовспоможения)	209
Сорокина С. Э. Состояние перинатальной смертности	213
Стрекаловская М. Ю. Активность превентивных и иммунных реакций в формировании противоопухолевой защиты	217
Тарханова Ю. А., Звягин С. П. Один из элементов корпоративной культуры в КемГМУ (на примере династии Лахмотько - Тё)	222
Шапкина Е. В. История развития административно-хозяйственной части КемГМУ Минздрава России	226
Шачнев Е. В., Шачнева В. А. Хирург Павел Михайлович Шачнев: человек профессионального долга и чести	233
Шмакова О. В., Головкин О. В., Завьялова Г. А. Педиатрический факультет – 55 лет в истории университета	241
Финк Д. Подвиги С. В. Беляева в годы Великой Отечественной войны	246

РАЗДЕЛ I. «МЕДИЦИНА В РОССИИ»

АШАЕВА А. В., БАГИ А. М.

НАРОДНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ СИМПТОМА ОРВИ (ВОСПАЛЕННОЕ ГОРЛО) В РОССИИ И ЕГИПТЕ

Отдел по работе с иностранными студентами

Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово

Научный руководитель – преподаватель-переводчик В.А. Альшевская

ASHAEVA A. V., BAGHI A. M.

FOLK METHODS OF TREATMENT OF SARS SYMPTOM (INFLAMED THROAT) IN RUSSIA AND EGYPT

International Department

Kemerovo State Medical University, Kemerovo

Supervisor – Lecturer-Translator V.A. Alshevskaya

Аннотация: данная работа посвящена сравнительному анализу способов лечения воспаленного горла в России и Египте. Результаты исследования могут в очередной раз доказать эффективность методик лечения, которые использовали в древние времена и в наши дни.

Ключевые слова: народная медицина, Россия, Египет, лечение симптомов, воспаленное горло.

Abstract: this work is devoted to a comparative analysis of methods for treating sore throat in Russia and Egypt. The results of the study can once again prove the effectiveness of the treatment methods that were used in ancient times and today.

Keywords: traditional medicine, Russia, Egypt, treatment of symptoms, sore throat.

В наше время медицина добилась больших успехов в области исследования и лечения многих заболеваний. Однако до сих пор много людей обращаются к народной медицине. В любой стране существует своя народная медицина (свои лекарства, методы диагностики, способы лечения). В Индии и Китае народная медицина признана официально системой Здравоохранения.

Что касается России, народная медицина не официальная, но знания данного направления входят в создание современных лекарственных препаратов.

Традиционная медицина Египта является самой древней из медицинских систем. Привлекая к себе внимание, до сих пор вызывает интерес у многих людей.

Во все времена человеческий организм был подвержен атаке вирусов. Одним из самых распространённых заболеваний была простуда, и её самый явный признак - воспаленное горло. В контексте исследования для нас интересно

сравнить, как его лечили в России и Египте, что и будет являться **целью** данного исследования.

Результаты и их обсуждение

Народные методы лечения и профилактики в России.

Для начала хотелось бы отметить, что народные средства при боли в горле обычно слабо эффективны. Лучший результат будет достигнут в сочетании с медикаментозным лечением. Но некоторым пациентам народные средства нравятся больше. Такими средствами являются:

- 1) *Чеснок*. Издавна он лидирует среди лекарств для лечения гриппа до изобретения антибиотиков. Ученые порой доказывают, что он работает лучше пенициллина. Чеснок рекомендуется для лечения синусита, воспаления горла, гриппа и кишечных расстройств. Рекомендовано использовать 2-3 зубчика сырого измельченного чеснока в день;
- 2) *Лук*. Содержит аллицин и фитонциды. Эти вещества активизируются при разрезании или измельчении овоща. Лук является эффективным средством не только при борьбе с симптомами ОРВИ, но и с болезнями пищеварительной системы и легких, способствует выводу слизи из дыхательных путей;
- 3) *Содово-солевой раствор с йодом*. Соль в сочетании с йодом работает как бактерицидное средство. Соль не снимает воспаления, а только раздражает слизистую. Поэтому такой раствор для полоскания работает, когда организм начнет выздоравливать. Такой раствор дезинфицирует, очищает горло и снимает воспаление;
- 4) *Ромашковый чай*. Ромашка обладает антисептическим эффектом;
- 5) *Эфирные масла* чайного дерева, эвкалипта или пихты. Ингаляция с маслом чайного дерева снимает воспаление [1];
- 6) *Мед и лимонный сок*. Мед и лимонный сок дезинфицируют носоглотку, снимают воспаление, работают как жаропонижающее средство, стимулируют иммунитет, разжижают кровь. Есть побочные действия в работе желудка;
- 7) Так же используют в лечении *молоко с медом*, которые смягчают раздраженные ткани. Но при тонзиллите пить такой напиток категорически запрещается. Он только ухудшит ситуацию [2];
- 8) В качестве профилактики и лечения простуды мы также используем ***малиновое варенье***, которое не только вкусное, но и полезное. Оно содержит в себе витамины и полезные вещества, которые способствуют снижению высокой температуры и укреплению иммунитета.

Народные методы лечения и профилактики в Египте.

Древнеегипетская медицина — это термин, который относится к медицине, использовавшейся в Древнем Египте в период с 33 века до н.э. до персидского вторжения в Египет в 525 году до н.э. Эта медицина была очень развита в то время и включала в себя небольшие операции, восстановление переломов костей и создание многих лекарств. Согласно Британской фармакопее 1973г. несмотря на ассоциацию древнеегипетской медицины в современной культуре с магией и

заклинаниями, медицинские исследования неоднократно показывали ее эффективность, а древнеегипетские лекарственные составы (препараты) на 37 % соответствуют известным формулам, входящим в современные лекарственные препараты [3]. Одними из ярких примеров народной медицины Египта являются:

1) *Теплая вода с лимоном и медом.* Любой теплый напиток может помочь успокоить боль в горле. Горячая вода сама по себе успокаивает и может облегчить боль, кашель и насморк. Пить теплую воду с лимоном особенно полезно, когда у пациента болит горло из-за болезни, так как это может добавить в ваш рацион небольшую дополнительную дозу витамина С. Витамин С может укрепить вашу иммунную систему и может помочь победить простуду [6];

2) *Теплый имбирный напиток.* Имбирный чай также помогает успокоить боль в горле. Горячий водный экстракт имбиря помогает защитить вас от респираторно-синцитиального вируса — очень заразного вируса, часто поражающего маленьких детей. Одно из медицинских применений имбиря, подтвержденное как научными исследованиями, так и традициями — это лечение боли в горле и проблем с голосом. Имбирь может помочь при ангине несколькими способами. Например, он может обеспечить некоторое облегчение боли в качестве противовоспалительного средства. Он также повышает иммунитет, помогая бороться с инфекциями, вызывающими боль в горле. Наконец, имбирь обладает антимикробными свойствами. Это может помочь подавить патогены, вызывающие боль в горле, и может быть альтернативой антибиотикам для лечения некоторых бактериальных инфекций [8], [7];

3) Другим средством является *ромашковый чай.* Благодаря своим противовоспалительным, антиоксидантным и вяжущим свойствам он естественным образом успокаивает воспаленное горло. Некоторые научные исследования показали, что вдыхание паров ромашки помогает облегчить боль в горле и симптомы простуды. Она также может стимулировать иммунную систему, помогая организму бороться с простудой. Доктором Эйлин Холмсманном с химического факультета Имперского колледжа Лондона было проведено исследование с использованием немецкого ромашкового чая в течение двух недель на 14 добровольцам. По результатам исследования было установлено, что ромашковый чай дезинфицирует, очищает горло и снимает воспаление [5];

4) *Мятный чай.* Мята считается одной из самых антиоксидантных трав. Мы можем научиться использовать свежие травы и специи, такие как мята, при приготовлении пищи, что также помогает снизить потребление натрия. Было доказано, что только две столовые ложки мяты содержат небольшое количество калия, магния, кальция, фосфора, витамина С и витамин А. Исследования показали, что мята содержит ментол, который по своей природе помогает разрушить мокроту и слизь. Мята также может быть эффективной, особенно в сочетании с чаем, для облегчения боли в горле. Исследователи добавили, что мята — это успокаивающее растение, которое тысячи лет использовалось для

лечения расстройства желудка, добавляя, что мята улучшает отток желчи из желудка, что помогает ускорить и облегчить пищеварение [7];

5) *Чесночная вода*. Чеснок издавна считается растением, которое благоприятно влияет на внутренние органы, иммунитет человека. Если нет противопоказаний, его можно употреблять взрослым и детям. Чеснок применяют не только в виде еды, из него делают воду. Чеснок отваривают и дают чесночной воде настояться несколько часов. Такую воду также делают из лука.

Изучив способы народного лечения воспалённого горла в данных странах, мы можем сделать **вывод**, что, несмотря на территориальную отдалённость, климатическое, культурное различие России и Египта, нельзя отрицать, что методы лечения, используемые русскими и египтянами, практически идентичны. Тому могут быть доказательства - создание лекарственных напитков из лука и чеснока, ромашки, молока, лимона.

Что касается профилактики заболеваний, то как в Египте, так и России взрослым и детям дают мятный чай, чай с лимоном или имбирный чай, а также производится периодическое проветривание помещения и соблюдение гигиены, поддержание тепла в домах, а также закаливание организма разными способами.

Источники и литература / Sources and references

1. Естественные антибиотики. Доступно по: <https://12gp.by/информация/школа-пациента/зож/document-254913.html>. Ссылка активна на 01.02.2023 г.
2. «Самая полная энциклопедия народной медицины» - «Издательский дома АНС», Москва 2006г. – Непокойчицкий Геннадий Анатольевич, Чумакова Раиса Вячеславовна, Чумакова А нна Вячеславовна, Губанов Иван Алексеевич
3. Pain, Stephanie. (2007). "The Pharaohs' Pharmacists." *New Scientist*. 15 December 2007, pp. 41-43.
4. Benefits of chamomile tea for the throat. Доступно по: <https://www.ammonnews.net/article/597293>. Ссылка активна на 01.02.2023 г.
5. Can ginger really help my throat? Доступно по: <https://www.mmclinic.com/www/blog/viewpost/201/can-ginger-really-help-my-throat->. Ссылка активна на 01.02.2023 г.
6. Does lemon increase sore throat? Доступно по: https://www.webteb.com/articles/%D9%87%D9%84-%D8%A7%D9%84%D9%84%D9%8A%D9%85%D9%88%D9%86-%D9%8A%D8%B2%D9%8A%D8%AF-%D8%A7%D9%84%D8%AA%D9%87%D8%A7%D8%A8-%D8%A7%D9%84%D8%AD%D9%84%D9%82_35679. Ссылка активна на 01.02.2023 г.
7. Mint with tea treats sore throat and treats indigestion. Доступно по: <https://www.almadenahnews.com/article/294296-%D8%A7%D9%84%D9%86%D8%B9%D9%86%D8%A7%D8%B9-%D9%85%D8%B9-%D8%A7%D9%84%D8%B4%D8%A7%D9%8A-%D9%8A%D8%B9%D8%A7%D9%84%D8%AC-%D8%A7%D9%84%D8%AA%D9%87%D8%A7%D8%A8-%D8%A7%D9%84%D8%AD%D9%84%D9%82-%D9%88%D9%8A%D8%B9%D8%A7%D9%84%D8%AC-%D8>

%B9%D8%B3%D8%B1-%D8%A7%D9%84%D9%87%D8%B6%D9%85. Ссылка активна на 01.02.2023 г.

8. Treatment of severe sore throat with herbs and medicines. Доступно по: <https://www.elbalad.news/5181802>. Ссылка активна на 01.02.2023 г.

АЛЬШЕВСКАЯ В. А.

**МЕСТО АЛЬТЕРНАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ «АЮРВЕДА» В СИСТЕМЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ**

*Отдел по работе с иностранными студентами
Кемеровского государственного медицинского университета,
г. Кемерово*

ALSHEVSKAYA V. A.

**THE PLACE OF AYURVEDA ALTERNATIVE MEDICINE IN THE
RUSSIAN HEALTH CARE SYSTEM**

*International Department
Kemerovo State Medical University, Kemerovo*

Аннотация: данная работа посвящена истории развития традиционной аюрведической медицины в РФ, знание которой может сыграть не последнюю роль в медицинских практиках.

Ключевые слова: Аюрведа, альтернативная медицина, система здравоохранения РФ, катастрофа на Чернобыльской АЭС.

Abstract: this work is devoted to the history of the development of traditional Ayurvedic medicine in the Russian Federation, knowledge of which can play an important role in medical practice.

Keywords: Ayurveda, alternative medicine, healthcare system of the Russian Federation, disaster at the Chernobyl nuclear power plant.

На данном этапе человеческого развития мы все прекрасно осознаем, что медицина достигала колоссальных результатов во всех своих областях. Однако наряду с новейшими технологиями и препаратами современной (аллопатической) медицины, в некоторых странах, таких как Индия, существует официально признанная народная (альтернативная) медицина - «аюрведа».

В Индии и врач, и пациент могут выбрать, как и чем лечить. Аюрведа широко известна не только на своей родине, но сегодня она вошла в ежедневную жизнь сотен миллионов людей во всём мире, в том числе и в России.

Целью данного исследования является определение места народной медицины Индии - Аюрведа в российской системе здравоохранения.

Результаты и их обсуждение

В современной истории принято считать, что первые медицинские трактаты Аюрведы, которые называются «Великой Тριάдой», датируются приблизительно 600 г. н. э. [3]. В работе Н.И. Котовой доказано, что «Аюрведа всегда была развивающимся медицинским знанием, открытым к новым теориям, объяснениям болезни, новым диагностическим методам и лекарствам» [1]. Стоит отметить, что Аюрведа с того периода прошла много стадий развития. Конец XIX и начало XX в. характерен для Индии как период становления экономической и политической независимости. Также в этот промежуток времени встал вопрос об эксклюзивности индийского культурного и научного наследия, в том числе в области медицинских познаний, которые, к сожалению, были утрачены в период многолетнего подавления со стороны иноземных завоевателей [1]. В этот период индийские ревивалисты заявили о возрождении древней традиции, но с приобщением к новым условиям, дабы сделать её конкурентно-способной западной.

В настоящее время Аюрведа - важная часть здравоохранения Индии. Её контроль осуществляет независимое Министерство AYUSH (Министерство Аюрведы, Йоги, Натуропатии, Юнани, Сиддхи и Гомеопатии). Инфраструктура Аюрведы включает в себя современные медицинские университеты, клиники, исследовательские институты и лаборатории.

На территории России впервые был проявлен интерес к этой медицине после катастрофы на Чернобыльской АЭС. В 1989 году в Минске впервые был открыт аюрведический лечебный центр, в котором лечили пострадавших в аварии детей при взрыве на Чернобыльской АЭС в 1986 г. В 1990 г. при МЗ СССР был создан отдел по интеграции аюрведической медицины в российскую систему. И она была официально внесена в «Перечень видов медицинской деятельности» [2].

В 1996-1998 гг. индийские аюрведические врачи активно занимались лечением пострадавших во время аварии на Чернобыльской АЭС. В 1997 году Медицинский центр «НААМИ» в Москве опубликовал результаты лечения 85 пациентов, которые работали на ЧАЭС или в 30-километровой зоне в момент катастрофы и в различные периоды времени. Пациенты обращались с жалобами различного характера: начиная от головных болей и быстрой утомляемости, до болей в области позвоночника и суставах. Нередки были жалобы, характерные для поражения желудочно-кишечного тракта, печени и желчного пузыря, поджелудочной железы и почек.

После полной аюрведической диагностики пациенты были классифицированы на 3 группы: 1) поддающиеся лечению, но с трудом (кришра садхья), 2) требующие постоянного (пожизненного) приема лекарств, определенной диеты и режима (япья), 3) неизлечимые (анупакрама). Лечение осуществлялось с помощью правильного применения различных видов терапий, таких как медикаментозная (шамана) и терапия очищения (шодхана) и с помощью правильной диеты и режима, подобранных в соответствии с

состоянием пациентов. Плюсом ко всему в режим обязательно включалось занятия йогой для нормализации процессов возбуждения и торможения и борьбы со стрессом. Лечение дало большие положительные результаты: прекращении или значительном уменьшении головных и суставных болей, головокружения. Значительно улучшалась деятельность сердечно-сосудистой системы, нормализовалось или значительно снижалось АД, улучшалась работа желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы, нормализовался сон, уменьшалась раздражительность и повышалась работоспособность. [4]

Но, к сожалению, по неизвестным причинам Отдел по интеграции аюрведической медицины в российскую систему был расформирован, и в 1998 г. несмотря на положительный опыт применения в России, аюрведическая медицина была исключена из «Перечня видов медицинской деятельности» [2]. Но положительные результаты и интерес к данной медицине не исчезли из внимания российских докторов. Большой вклад в развитие аюрведической медицины внёс И.И.Ветров (1963-2014). Он вел обширную научно-исследовательскую работу в области аюрведической медицины. В 2006 г. Минздрав РФ утвердил Типовую программу ДПО для врачей по традиционной аюрведической медицине. В 2015 году в Российской Федерации создана Национальная Аюрведическая Медицинская Ассоциация.

Выводы

Аюрведическая медицина даёт отечественным медикам широкое пространство для исследований в сфере фармакологии, предоставляет возможность её применения в медицинской практике. Важно отметить, что Россия - «кладёц» лекарственных растений, которые имеют все шансы найти своё применение в традиционной медицине. Сотрудничество российских и индийских учёных в этом направлении будет способствовать повышению результативности исследований.

Источники и литература / Sources and references

1. Котова Н. И. «Возрождение» традиционной индийской медицины в XIX-XX вв.: феномен «современной» аюрведы // Сибирские исторические исследования. 2018. № 4. С. 218–237.
2. Суботьялов М.А. Место аюрведической медицины в здравоохранении России // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2015. – № 3. – с.181-182.
3. Maas Ph. On the Position of Classical Ayurveda in South Asian Intellectual History According to Global Ayurveda and Modern Research, Horizons, 2011, Vol. 2, no. 1, pp. 113– 126.
4. Результаты аюрведического лечения пациентов, пострадавших в результате аварии на Чернобыльской АЭС. Доступно по: <https://atreya-ayurveda.ru/blog/praktika/achievements/rezultatyi-ayurvedicheskogo-lecheniya-paczi>

entov-postradavshix-v-rezultate-avarii-na-chernobyilskoj-aes.html. Ссылка активна на 01.02.2023 г.

АСКАРОВА Р. И.

**ВЫДАЮЩИЕСЯ УЧЕНЫЕ МЕДИКИ РОССИИ И СРЕДНЕЙ АЗИИ,
ВНЕСШИЕ ВКЛАД В ПУЛЬМОНОЛОГИЮ**

*Кафедра инфекционных болезней, эпидемиологии и фтизиатрии,
Ташкентская медицинская академия, Ургенчский филиал,
Республика Узбекистан, г. Ургенч*

ASKAROVA R. I.

**OUTSTANDING MEDICAL SCIENTISTS OF RUSSIA AND CENTRAL
ASIA WHO MADE A CONTRIBUTION TO PULMONOLOGY**

*Department of Infectious Diseases, Epidemiology and Phthisiology,
Tashkent Medical Academy, Urgench Branch, Republic of Uzbekistan, Urgench*

Аннотация: в статье представлен исторический обзор становления и развития пульмонологии и фтизиатрии на средней Азии. Отражены ключевые этапы формирования ведущих научных и лечебных учреждений противотуберкулезной и пульмонологической службы. Освещен вклад ученых в разработку современных методов диагностики и лечения, разработку новых лекарственных препаратов. Статья представляет интерес для широкого круга специалистов в области пульмонологии и фтизиатрии.

Ключевые слова: пульмонология, фтизиатрия, хирургия туберкулеза легких, заболеваемость, инфекция, научное направление, конгресс, региональная программа, институт, кафедра.

Abstract: this article dedicated to historical review of setting and development of pulmonology and phthiziatriy in the Middle Urals. Main formation stages of leading scientific and health care facilities in anti-tuberculosis and pulmonological services represented. Impact of the Ural scientists in development of modern methods for diagnostics and treatment and new drugs invention described in the article. The article could be stimulating for broad number specialists and managers in the fields of pulmonology and phthiziatriy.

Keywords: pulmonology, phthiziatriy, pulmonary tuberculosis surgery, cystic fibrosis incidence, legionellosis, branch of science, congress, regional program, institute, chair.

Заболевания легких - одна из самых древних заболеваний человечества. Опыт прошлого, как известно, вооружает специалиста знаниями, которые в той или иной форме в дальнейшем используются в практической работе. Значение истории в медицинской науке определяется тем, какие достижения ученых

становятся наглядными, какое влияние эти достижения оказывают на развитие современных знаний, и насколько способствуют осмыслению задач здравоохранения [1,2]. В 20-30-е годы XX столетия во всей нашей стране, регистрировалась высокая заболеваемость и смертность среди детского и взрослого населения от болезней органов дыхания, и, прежде всего, от туберкулеза легких. В те годы, как и в последующие десятилетия, вплоть до 70-х годов прошлого столетия, большинство научных направлений, касающихся болезней органов дыхания, затрагивали, прежде всего, фтизиатрию и торакальную хирургию [1].

В нашем небольшом историческом обзоре остановимся на некоторых этапах научной деятельности института туберкулеза. По заданию Наркомздрава учёные института наладили выпуск сухого туберкулина, которым снабжали противотуберкулёзные учреждения страны [2]. Активная исследовательская работа успешно продолжилась и в 50-е годы. Тогда велись исследования по эпидемиологии, клинике и химиотерапии туберкулёза. Материалы исследований по проблемам силикоза и силикотуберкулёза были представлены на международных конференциях в Риме и Париже директором института профессором Иваном Алексеевичем Шаклеиным. С октября 1969 г., после смерти И.А. Шаклеина, институт возглавил профессор Афанасий Васильевич Бедрин - известный хирург-ортопед, разработавший методику оригинальной операции на тазобедренном суставе при туберкулезе, много сделавший для решения проблем диагностики и хирургического лечения костно-суставного туберкулеза [3].

Под его руководством значительное развитие получила организационно-методическая работа в зоне курации на территории Уральского региона: ежегодные совещания фтизиатров, научно-практические конференции, курсы информации обмен передовым опытом.

С 1984 по 2005 гг Уральским НИИ фтизиопульмонологии (УНИИФ) руководил профессор Владислав Александрович Соколов - известный ученый, специалист в области лучевой диагностики. Основные научные направления того периода реализованы в 18 монографиях, 9 пособиях для врачей, более 70 методических документах, 45 изобретениях и патентах, сотнях публикаций и выступлениях на конференциях [4,3].

В настоящее время УНИИФ возглавляет проф. Д. Н. Голубев. Институт является региональным центром высокотехнологичной медицинской помощи, организационно-методическим, обучающим и научно-клиническим центром по вопросам организации противотуберкулёзных мероприятий в субъектах РФ Уральского и Приволжского федеральных округов [4].

Изучение легочных заболеваний у детей, включая туберкулез, также было заложено в начале 30-х годов XX века профессором-педиатром СГМИ Е.С. Кливанской-Кроль. В 1939-1941 гг. на кафедре пропедевтики детских болезней СГМИ доцент Р.И. Зетель-Коган, а в последующие годы Т.Э. Вогулкиной (1951-

1964 гг.). По ее инициативе и при ее личном участии, впервые на Урале, были заложены основы специализированной пульмонологической помощи детям [4], проведенные научные работы по проблеме детской пульмонологии свидетельствуют о том, что они занимали одно из приоритетных направлений в исследованиях уральских ученых педиатров.

Подтверждением этому обстоятельству является научная дискуссия, которая возникла в 1968 году среди педиатров, рентгенологов, морфологов, организаторов здравоохранения о пересмотре диагностических подходов к диагнозу «хроническая пневмония» [5,6]. Научные исследования проф. Т.Э. Вогулкиной и проф. В. И. Шилко показали необходимость пересмотра диагностических подходов к хронической пневмонии, к изменению классификации, структуры медико-организационных мероприятий.

Нельзя не отметить вклад уральских ученых в разработку новых лекарственных препаратов для лечения болезней органов дыхания. В 1943-1947 гг в творческом содружестве с химиками Уральского политехнического института заслуженный деятель науки, профессор СГМИ Б.П.Кушелевский совместно с профессором И. Я. Постовским впервые разрабатывают и внедряют в практику лечения пневмонии и дизентерии новые сульфаниламидные препараты.

В 1947 году под редакцией профессора Б. П. Кушелевского и профессора Д. М.Зислина выходит сборник «Легочная и легочно-сердечная недостаточность», в статьях которого освещались различные аспекты функциональной патологии хронических нетуберкулезных заболеваний легких, приводящих к легочно-сердечной недостаточности и прогрессирующему кислородному голоданию организма [5]. Эта работа легла в основу единой для СССР классификации легочно-сердечной недостаточности, которую разработали и внедрили в начале 60-х годов профессора Б.П. Кушелевский и Д.М. Зислин.

Несмотря на научные достижения в области педиатрической пульмонологии и разработку новых лекарственных препаратов, специализированной пульмонологической службы с пульмонологическим центром во главе, пульмонологическими отделениями и кабинетами в 60-70-х года прошлого века не только в области, но и в стране не существовало.

Здесь хочется сделать исторический экскурс в развитие наиболее яркой страницы фтизиатрии и пульмонологии – хирургии туберкулеза легких [4,5] учителя профессора М. Л. Шулутко, мы приводим исторические факты развития хирургии туберкулеза легких на Урале, которая оказала наиболее существенное влияние на создание областного пульмонологического центра и современной фтизиопульмонологии, а торакоскопия, торакокаустика, экстраплевральный пневмоторакс явились паллиативным дополнением и не улучшили общей картины. Поступательное движение жизни привело к тому, что были

синтезированы новые противотуберкулезные препараты. Они-то и вытеснили из практики искусственный пневмоторакс» [6].

Казалось, найдена «магическая пуля» Пауля Эрлиха, способная покончить с туберкулезной палочкой. На первых порах так и было. Я сам не раз был свидетелем «чудодейственного влияния» химиопрепаратов. Хирургия туберкулеза легких, казалось, станет уделом истории. Но туберкулезная палочка выстояла: появились лекарственноустойчивые ее формы. Хирургия туберкулеза возродилась в новом качестве: основным видом вмешательства стала резекция легкого. Скептики возражали. Их доводом была невозможность излечения общего инфекционного заболевания хирургическим путем. Сторонники оппонировали: да, туберкулез – общее инфекционное заболевание, но на определенном этапе развития болезни у части больных принимает локализованную форму.

За последние годы успешно защищены более 10 докторских и кандидатских диссертаций по специальности «Пульмонология». В настоящее время имеется высококвалифицированная специализированная пульмонологическая служба. Разработана система оказания специализированной медицинской помощи больным с заболеваниями органов дыхания в амбулаторных и стационарных условиях. Осуществляется подготовка врачей и квалификационная аттестация врачей по специальности «Пульмонология» [5,6]. О методах диагностики и лечения больных с заболеваниями органов дыхания и организации пульмонологической помощи населению многократно успешно сообщалось на Европейских и Российских конгрессах по болезням органов дыхания и национальных конгрессах «Человек и лекарство».

Важным событием, определяющим готовность не только пульмонологов, но и всей системы здравоохранения и ряда министерств и ведомств Свердловской области к оказанию медицинской помощи в экстремальной ситуации явилась вспышка легионеллезной инфекции. С 25.07. по 29.08. 2007 года в городском округе (ГО) Верхняя Пышма с населением 70,6 тысяч жителей произошла эпидемическая вспышка легионеллезной инфекции, техногенной причиной которой явилась подача воды в системе централизованного горячего водоснабжения, контаминированной *Legionella pneumophila*.

За период вспышки за медицинской помощью обратилось 202 человека с подозрением на легионеллезную инфекцию. У 127 (62,9%) из них диагностирована внебольничная пневмония (ВП). Этиологический диагноз легионеллезной инфекции определен у 74 (58,3%) больных, из них: у 65 – легионеллезная пневмония и у 9 – лихорадка Понтиак (острое гриппоподобное доброкачественное заболевание). Летальность при легионеллезной пневмонии составила 4 человека (6,6%). Для контроля и координации взаимодействия различных ведомств и служб по ликвидации эпидемической вспышки легионеллезной инфекции в Министерстве здравоохранения Свердловской

области (МЗСО) был создан оперативный штаб во главе с министром здравоохранения М.С. Скляром.

В состав штаба вошли представители Управления Роспотребнадзора по Свердловской области, администрации муниципального образования Верхняя Пышма, Министерства по чрезвычайным ситуациям, Министерства внутренних дел по Свердловской области, Уральско-Приволжского военного округа. Штаб работал в круглосуточном режиме с двукратным проведением оперативных совещаний в течение суток. Для расследования причин заболеваемости населения ГО Верхняя Пышма, проведения организационных и противоэпидемических мероприятий в Управлении Роспотребнадзора совместно с ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Свердловской области» создана оперативная группа и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи РАМН, Москва, проф. Тартаковский И.С.). Минимизирован срок постановки эпидемиологического диагноза, включая выявление техногенной причины распространения *Legionella pneumophila*. Своевременно локализовано и прекращено распространение *Legionella pneumophila*.

В то же время, последующий анализ ситуации остро поставил вопрос о необходимости внедрения современных методов этиологической диагностики и соблюдения стандартов лечения ВП, неукоснительного выполнения санитарно-гигиенических требований к подготовке воды для централизованного горячего водоснабжения. На основании результатов научных исследований, полученных путем изучения материалов крупнейшей в России вспышки легионеллезной инфекции, Бобылевой З.Д. защищена диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук на тему: «Легионеллезная пневмония: диагностика, клиническая картина, лечение, отдаленные результаты (по материалам эпидемической вспышки легионеллеза)».

В заключении хочется отметить, что успешная деятельность Свердловского областного пульмонологического центра и пульмонологической службы неразрывно связана с научной деятельностью трех очень близких друзей-единомышленников, трех ученых профессоров М. Л. Шулутко, М. Г. Виннера и Б. Д. Зислина. Современная история развития Екатеринбургского филиала НИИ пульмонологии (МО «Новая больница») и пульмонологической службы Свердловской области и г. Екатеринбурга не может быть отделена от имени академика РАМН профессора А.Г. Чучалина.

Только при сохранении традиций, заложенных нашими учителями более 40 лет тому назад, и совместной работе пульмонологов и фтизиатров, торакальных хирургов и рентгенологов, бронхологов и морфологов обеспечено успешное развитие пульмонологии - дисциплины, объединяющей многие медицинские специальности.

Изложенный материал свидетельствует, что уральские пульмонологи и фтизиатры, педиатры и морфологи внесли не только достойный вклад в развитие отечественной пульмонологической науки, но и, совместно с организаторами

здравоохранения, оказали положительное влияние на развитие медицины в целом.

Источники и литература / Sources and references

1. Кутепов С. М. Туберкулез легких. М., 2006. – 207 с.
2. Лисицын Ю. П. - История медицины. М., 2007. – С. 22-23.
3. Балалыкин Д. А. История медицины. М., 2017 г. – С.78-79.
4. Сорокина Т. С.История медицины. М., 2014 г. – С. 47-48.
5. Убайдуллаев А.М. История пульмонологической службы. Ташкент, 2020 г. - С. 67-69.
6. Прищепова Е. П., Скляр М.С. Организация медицинской помощи. М., 2007 г. – С. 36.

АПСАЛИКОВА З. С., ЛИПИХИНА А. В., БРАЙТ Ю. Ю., КОНОВАЛОВА Ф.В. СТАНОВЛЕНИЕ РАДИАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ В КАЗАХСТАНЕ

*Научно-исследовательский институт радиационной медицины и экологии
некоммерческого акционерного общества «Медицинский университет Семей»,
Семей, Республика Казахстан*

APSALIKOVA Z. S., LIPIKHINA A. V., BRAIT Y. Y., KONOVALOVA F. V. FORMATION OF RADIATION MEDICINE AND ECOLOGY IN KAZAKHSTAN

*Scientific Research Institute of Radiation Medicine and Ecology
Semey Medical University
Semey, Republic of Kazakhstan*

Аннотация: в статье приведен обзор основных этапов научно-практических исследований, проводимых в области радиационной медицины и экологии на территориях, прилегающих к Семипалатинскому испытательному ядерному полигону.

Ключевые слова: радиационная медицина, радиационная экология, испытательный ядерный полигон, радиоактивность, радиационная обстановка.

Abstract: the review of the main stages of the scientific and practical researches conducted in the field of radiation medicine and radioecology in the territories adjacent to the Semipalatinsk nuclear test site is provided in article.

Keywords: radiation medicine, radiation ecology, nuclear test site, radioactivity, radiation situation.

Цель исследования

**Материалы IV Международной научно-практической конференции
«История медицины в Сибири». Кемерово, 2023**

Проследить историческую последовательность и предпосылки к развитию и становлению радиационной медицины и экологии в Казахстане.

Материалы и методы исследования

Архивные материалы «Научно-исследовательского института радиационной медицины и экологии» и открытые научные публикации.

Результаты и их обсуждения

Формирование каждой из радиационных катастроф имели свои технологические (метод подрыва и мощность заряда) и радиационно-гигиенические особенности в раннем и отдаленном периодах. Но во всех случаях правительствам пострадавших стран (Япония, СССР, Россия, Казахстан, Украина) предстояло решать сложные, значительные по объемам и долгосрочные проблемы. Эти проблемы связаны с оценкой ущерба окружающей среде и состоянию здоровья сотен тысяч лиц, представляющих декретированное население; с идентификацией радиационных эффектов; с организацией мониторинга численного состава групп радиационного риска, их лечением, профилактикой, реабилитацией; с проведением системного мониторинга состояния здоровья населения, проживающего в условиях радиационного риска [1].

В кругу вышеперечисленных проблем, связанных с оценкой и ликвидацией последствий ядерных катастроф, особое место занимают испытания ядерного оружия на Семипалатинском полигоне (1949-1989 гг.).

Мы считаем необходимым привести некоторые исторические сведения, касающийся создания Семипалатинского ядерного полигона, его основных направлений деятельности (в закрытом режиме), а также предоставить краткие сведения о результатах медицинского контроля над декретированным населением Казахстана, проживающим на территориях радиационного риска, за период от начала функционирования полигона до его закрытия в 1991 году.

Это необходимо для уточнения большинства рассекреченных деталей формирования на пострадавших территориях групп радиационного риска, анализа и интерпретации результатов радиационно-гигиенических и медико-демографических исследований по оценке состояния здоровья облучавшегося населения в различные периоды после формирования основных доз облучения. В середине 40-х годов прошлого века проблема мирного сосуществования государств оказалась тесно взаимосвязанной с необходимостью достижения ядерного паритета. Развернувшиеся в СССР работы над ядерным оружием остро поставили задачу организации ядерного испытательного полигона. 21 августа 1947 года Правительство СССР приняло решение о создании такого полигона. Его расположили на стыке территорий Павлодарской, бывшей Семипалатинской и Карагандинской областей Казахстана на левом берегу реки Иртыш. С севера и северо-востока к территориям Павлодарской и Семипалатинской областей примыкают – Новосибирская область и Алтайский край, представляющие собой административные – территориальные образования в составе Российской

Федерации. Наиболее крупными населенными пунктами, расположенными вблизи границ полигона, являлись базовый городок испытателей (ныне г. Курчатова) и бывший областной центр Казахстана г. Семипалатинск (ныне г. Семей).

Работы по подготовке к испытаниям ядерных зарядов были закончены в июле 1949 года. 29 августа 1949 года было произведено первое ядерное испытание в СССР, явившееся одновременно первым испытанием на Семипалатинском полигоне и первым наземным ядерным испытанием. 18 октября 1951 года на Семипалатинском полигоне было осуществлено первое воздушное испытание СССР – сброс авиабомбы. 12 августа 1953 года произведен первый термоядерный взрыв в СССР – самый мощный наземный взрыв. 22 ноября 1955 года было осуществлено первое испытание прототипа термоядерных зарядов СССР – самый мощный взрыв на Семипалатинском полигоне. 15 января 1965 года был произведен первый в СССР ядерный взрыв на выброс (экскавационный) – создание, так называемого «Атомного озера». Последнее ядерное испытание проведено 19 октября 1989 года, когда 3 ядерных заряда были взорваны под землей, в скважине.

После распада СССР Указом Президента Республики Казахстан Н.А. Назарбаева № 409 от 29.08.1991 г. был закрыт Семипалатинский испытательный ядерный полигон.

В мире не существует аналогов радиационных ситуаций, сформировавшихся на территориях Казахстана, прилегающих к Семипалатинскому испытательному ядерному полигону (СИЯП). За весь период деятельности СИЯП на нем было проведено 465 ядерных испытаний. За период с 1949 года по 1962 год было проведено 118 атмосферных и наземных испытаний. Остальные 347 испытаний были подземными.

До марта 1956 года полностью отсутствовал контроль со стороны Правительства Казахской ССР и местных советских органов власти за состоянием окружающей среды и состоянием здоровья населения, прилегающим к полигону территориям. Это, в первую очередь, было связано с сохранением тотальной секретности от населения производимых ядерных испытаний и их последствий [2].

Ситуация резко изменилась, когда в связи с нештатной ситуацией при наземном ядерном взрыве 16 марта 1956 года (мощность заряда 14 килотонн), радиоактивное облако достигло пределов города Усть-Каменогорска (400 км от эпицентра взрыва). В течение нескольких дней после данного взрыва в медицинские учреждения г. Усть-Каменогорска обратились жители с признаками острой лучевой реакции. Было госпитализировано 638 человек с лучевой реакцией (которая была зашифрована как «Вегето-сосудистая дистония I-II степени»). К сожалению, судьба госпитализированного населения в дальнейшем неизвестна.

Руководством Восточно-Казахстанской области в Москву была отправлена информация с реальным описанием ситуации. Руководством Третьего Главного управления при Минздраве СССР было принято решение организовать комплексную медицинскую экспедицию. В организации экспедиции, а также в непосредственном ознакомлении с обстановкой в регионе приняла личное участие министр здравоохранения СССР М.Д. Ковригина.

Для проверки радиационно-гигиенической обстановки были направлены специалисты Института биофизики во главе с профессором А.Н. Мареем. Первая группа прибыла в г. Усть-Каменогорск 06.09.1956 года, а вторая – в г. Семипалатинск и на полигон 21.09.1956 года.

Для систематического наблюдения за радиационной обстановкой и состоянием здоровья жителей загрязненных районов Приказом Министра здравоохранения СССР в г. Усть-Каменогорске открыли специализированное медицинское учреждение – Диспансер № 3. В течение следующего года внештатных ситуаций на полигоне не происходило, и было решено закрыть Диспансер №3. Однако руководство КазССР настояло на сохранении исследовательской базы. Для снижения неожиданно возникшей социальной напряженности в г. Усть-Каменогорск, связанной с вынужденным объяснением причин переоблучения гражданского населения и, в какой-то мере, рассекречиванием проводимых испытаний, по решению Правительства СССР в марте 1957 года Диспансер №3 был переименован в Диспансер №4 и передислоцирован в город Семипалатинск. В 1967 году он был переименован в Противобруцеллезный диспансер №4 МЗ СССР. Диспансер осуществлял свою деятельность под грифом «Совершенно секретно». Были запрещены любые контакты с Военным ведомством, осуществлявшим руководство деятельностью СИЯП. В августе 1991 года Приказом Министерства здравоохранения КазССР №403 на базе Диспансера был создан Научно-исследовательский институт радиационной медицины и экологии [3].

С 1957 года по 1960 год Диспансер №4 возглавляла Каткова А.Н. Под ее руководством была создана мобильная группа радиационно-гигиенического отдела, в задачи которой входил отбор объектов внешней среды и продуктов питания местного производства для последующей оценки содержания в них продуктов ядерного деления. Нужно отметить, что с марта 1957 года по август 1961 года в Диспансере №4 работало от 8 до 12 человек, в основном – техники и инженеры, в обязанности которых входил периодический отбор проб объектов внешней среды (почва, растительность, вода, продукты питания) для последующего дозиметрического анализа. Результаты представлялись в виде коротких «совершенно секретных» отчетов и направлялись в Третье главное управление Министерства здравоохранения СССР, которое совместно с ведомством «Среднего машиностроения» осуществляло контроль над ядерными объектами.

С 1961 года Диспансер №4 пополняется молодыми специалистами (врачи, медсестра, инженеры, техники дозиметрического оборудования) с численным составом 125 человек. В это время, впервые, сотрудникам Диспансера №4 были определены задачи: контроль за радиационно-гигиенической обстановкой на территориях, прилегающих к СИЯП и оценка состояния здоровья населения в зонах влияния ядерного полигона.

С 1960 года по 1962 год главным врачом Диспансера №4 был Смирнов А.А. Под его руководством был создан медицинский отдел Диспансера. Сотрудники отдела проводили медицинские осмотры населения районов, прилегающих к полигону.

С 1962 года по 1975 год главный врач Противобруцеллезного диспансера №4 – Макерова С.И. В этот период структурные подразделения были значительно увеличены и включали радиационно-гигиенический отдел, клиническое отделение, административно-хозяйственное отделение [4].

С 1976 года по 1997 год Диспансером №4, а затем НИИ радиационной медицины и экологии руководил доктор медицинских наук, профессор Гусев Б.И. Под его руководством были разработаны основные документы, содержащие сведения о численном и возрастно-половом составе групп радиационного риска, эффективных эквивалентных дозах облучения. Эти данные позволили подготовить проект Закона Республики Казахстан № 1787-ХІІ «О социальной защите граждан, пострадавших вследствие испытаний на Семипалатинском ядерном полигоне», принятого Правительством РК 18.12.1992 года.

С 1997 года по 2001 год институт возглавлял доктор медицинских наук Секербаев А.Х. В этот период были продолжены исследования медико-демографических последствий деятельности СИЯП.

С 2001 года по настоящее время Научно-исследовательский институт радиационной медицины и экологии (НИИ РМиЭ) возглавляет доктор медицинских наук, профессор Апсаликов К.Н.

Большой вклад по изучению медицинских последствий деятельности Семипалатинского полигона внесли научные сотрудники Диспансера, а затем и Научно-исследовательского института, такие как Каймак Н.И., Гусев Б.И., Бухтиярова Т.О., Гольцер В.М., Бухтияров Н.А., Каврецкий Г.Г., Понамарев Л.М., Ибраев Н.С., Гноевых В.И., Галич Б.В., Розенсон Р.И.

Большой вклад в радиоэкологические исследования на территориях, прилегающих к СИЯП, в разные годы внесли научные сотрудники Диспансера №4, а затем Научно-исследовательского института, такие как Смирнов А.А., Дереза В.И., Смирнов Г.Е., Дусь В.И., Зальцман З.И., Куракина Н.Н., Кислякова Т.М., Федербуш Е.Г., Косатов В.Г., Кириллова Т.Г.

За время работы Диспансера №4 было подготовлено 968 годовых отчетов под грифом «секретно» – «совершенно-секретно», в которых описана динамика радиационно-гигиенической обстановки на территориях, прилегающих к полигону, а также результаты анализа медико-демографических показателей,

определяющих состояние здоровья большей части населения проживающего в зонах влияния полигона. Каждый из отчетов был в 3-х экземплярах. Один экземпляр направлялся в Третье Главное управление Министерства здравоохранения СССР, второй – в Институт биофизики Министерства здравоохранения СССР, третий экземпляр оставался в секретной части Диспансера. Так же в архивах Диспансера имелось 7850 историй болезни населения, прошедшего стационарное обследование и лечение.

НИИ радиационной медицины и экологии располагает вышеназванными архивными данными, частично сохранившимися после распада СССР и закрытия полигона. Наличие архивной документации оказывает существенную помощь в решении современных радиоэкологических вопросов.

История радиоэкологических исследований, проводимых в зоне влияния СИЯП, начинается с момента первого взрыва. В первые десять лет испытаний (1949-1959 гг.) измерялась только мощность дозы гамма-излучения по пути прохождения радиоактивного облака в 15 районах, в 75 населенных пунктах. С 1959 г. начали определять удельную суммарную бета-активность объектов внешней среды в отдельных населенных пунктах. К 1962 г., согласно архивным данным, начались планомерные изучения радиоэкологической обстановки. С этого времени изучались как объекты окружающей среды, так и продукты питания на достаточно широких территориях [5].

В период 1962-1990 годов специалистами служб радиационной безопасности полигона и Диспансера №4 проведены расчеты доз облучения населения для 67 000 лиц, проживающих на территориях, прилегающих к полигону. Расчет доз проводился на основании параметров радиационной ситуации, сформировавшейся в определенном населенном пункте. Анализ радиационных ситуаций проводился только в тех населенных пунктах, где были официально зарегистрированы выпадения радиоактивных осадков на момент испытаний, поэтому из всех районов приводятся данные по распределению доз только в 103 населенных пунктах. Эти данные в 1991 году стали базисом для классификации территорий, прилегающих к СИЯП по зонам радиационного риска с учетом их удаленности от полигона (эпицентров ядерных взрывов).

После закрытия полигона неоценимый вклад в проведение радиоэкологических исследований внесли японские ученые. Совместные научно-исследовательские работы проводились специалистами НИИ радиационной медицины и экологии и Исследовательского института радиационной биологии и медицины (Университет Хиросимы, Япония) с 1995 года с целью изучения воздействия радиоактивных выпадений испытаний ядерного оружия, как на окружающую среду, так и на население Семипалатинского региона.

В задачи исследования входило: оценка распределения остаточных долгоживущих радионуклидов Cs-137 и Pu-240,239 в почве, определение

изотопных отношений Pu-240/Pu239, оценка поглощенных доз внешнего облучения населения.

В период проводимых исследований были отобраны:

- пробы почвы с территорий 18 населенных пунктов Восточно-Казахстанской области, и по 9 маршрутам, соединяющим различные населенные пункты. Было исследовано более 200 участков территорий.
- свыше 200 зубов жителей 20 населенных пунктов ВКО для определения индивидуальных поглощенных доз внешнего облучения методом ЭПР спектрометрии. В число исследуемых вошли как сильно облученные, так и незначительно облученные территории, согласно уровню радиоактивного загрязнения, в период проведения ядерных испытаний [6-10].

На современном этапе НИИ радиационной медицины и экологии включает в себя научный отдел, межведомственный экспертный совет, консультативно-диагностическое и реабилитационное отделения.

Области исследования медицинского подразделения научного отдела института:

- разработка критериев оценки связи прямого и опосредованного радиационного воздействия на население и их потомков,
- определение клинико-эпидемиологических маркеров ионизирующего излучения на популяционном уровне по онкологическим и соматическим заболеваниям и их ранжирование в зависимости от дозовых нагрузок,
- оценка сочетанного воздействия радиационных и нерадиационных факторов на организм человека. Расчеты и оценка радиационных рисков по соматическим и онкологическим эффектам облучения контролируемого населения,
- формирование базы данных по результатам клинических исследований, характеризующих динамику медико-демографических показателей состояния здоровья населения, проживающего в условиях радиоэкологического неблагополучия,
- оценка соматических эффектов радиационного воздействия у населения, подвергшегося облучению в различном диапазоне доз,
- поиск биологических маркеров ионизирующего излучения. Изучение патогенетических механизмов формирования отдаленных постлучевых эффектов,
- разработка эффективных методов лечения, профилактики и реабилитации пострадавшего населения.

Радиоэкологическое подразделение научного отдела института оснащено современной дозиметрической и спектрометрической лабораторной базой. Основные направления научных исследований: изучение влияния радиационных факторов на окружающую среду, людей и животных; реконструкция радиационных ситуаций и эффективных доз облучения по эмпирическим моделям и содержанию остаточной радиации в объектах внешней среды; формирование и эксплуатация ГНАМР населения Казахстана, подвергшегося

воздействию ионизирующего излучения; радиоэкологический мониторинг региона, прилегающего к СИЯП; разработка средне- и долгосрочных программ по минимизации последствий деятельности ядерных полигонов.

Ряд научно-практических работ в области радиационной экологии, в частности реконструкция доз инструментальными методами (ЭПР, ТЛД, FISH), осуществляется в ходе совместных исследований учеными Казахстана (Научный исследовательский институт радиационной медицины и экологии, Семей); России (Институт биофизики, Москва; Медицинский радиологический научный центр, Обнинск); Японии (Научный институт радиационной биологии и медицины, Хиросима); США (Национальный институт рака); Германии (Институт радиационной гигиены федерального офиса по радиационной защите).

Выводы

В статье приведены некоторые исторические моменты становления радиационной медицины и экологии в стенах секретного учреждения «Диспансер №4» Министерства здравоохранения СССР, ныне Научно-исследовательского института радиационной медицины и экологии Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан. За время работы Диспансера №4 было подготовлено более 900 годовых отчетов под грифом «секретно» – «совершенно-секретно», в которых описана динамика радиационно-гигиенической обстановки на территориях, прилегающих к полигону, а также результаты анализа медико-демографических показателей. Наличие архивной документации оказывает существенную помощь в решении современных радиоэкологических вопросов. Эти данные в 1991 году стали базисом для классификации территорий, прилегающих к Семипалатинскому испытательному ядерному полигону, по зонам радиационного риска с учетом их удаленности от полигона (эпицентров ядерных взрывов).

Одно из последних достижений института в области радиационной медицины и экологии – адаптация и ассимиляция регистрационной, медицинской и дозиметрической информации на 8400 человек из базы данных Государственного научного автоматизированного медицинского регистра населения Казахстана, подвергшегося воздействию радиационного облучения вследствие деятельности Семипалатинского испытательного ядерного полигона, с европейской базой данных научной платформы «MELODI» по исследованию влияния малых доз радиации на организм человека. Данная работа расценивается как очередное признание Казахстана международным научным сообществом в области радиационной медицины и экологии.

Источники и литература / Sources and references

1. Ядерные испытания СССР. Семипалатинский полигон. Обеспечение общей и радиационной безопасности ядерных испытаний. Кол. Авторы под рук.

- В.А. Логачева. М.: 2-я типог. ФУ «Медбиоэкстрем» при Минздраве России, 1997. – 320 с.
2. Цыб А.Ф., Степаненко В.Ф., Питкевич В.А. Вокруг Семипалатинского полигона: радиоэкологическая обстановка, дозы облучения населения Семипалатинской области (по материалам отчета межведомственной комиссии) // Мед. радиология. –1997. - Т. 35, № 12. – С. 3-11.
 3. Испытания ядерного оружия и ядерные взрывы в мирных целях СССР, 1949-1990. Под ред. В.Н. Михайлова. Российский федеральный ядерный центр, 1996.
 4. Ядерные испытания в СССР. Кол. Авторов, под ред. В.Н. Михайлова. – М.: ИздАТ, 1997. – 304 с.
 5. Липихина А.В., Жакупова Ш.Б., Мансарина А.Е., Заурбекова Ж.А., Зингатинова З.С., Апсаликов Р.К. Ретроспективная и проспективная радиоэкологическая обстановка Бескарагайского района Восточно-Казахстанской области Республики Казахстан // Тяжелые металлы и радионуклиды в окружающей среде. Материалы VII Международной научно-практической конференции. Семипалатинской государственной педагогический институт, 4-8 октября 2012 г.Т. II. – Семей, 2012 г. – С.182-188.
 6. К.Н. Апсаликов, Т.Ж. Мулдагалиев, А.В. Липихина, Ш.Б. Жакупова, З.С. Зингатинова. Радиоэкологическая обстановка Абайского района Восточно-Казахстанской области Республики Казахстан. // Семипалатинский испытательный полигон. Радиационное наследие и перспективы развития: материалы V Международной конференции. Институт радиационной безопасности и экологии НЯЦ РК, 12 – 14 сентября 2012 г. – Курчатов, 2012. – С. 42-43.
 7. Bauer S., Gusev B., Belikhina T., Moldagaliev T., Apsalikov K. The legacies of soviet nuclear testing in Kazakhstan fallout, public health and societal issues. // Radioactivity in the Environment. 2013. Vol. 19. P. 241-258.
 8. Stepanenko V.F., Hoshi M., Kawano N., Ivannikov A.I., Bailiff I.K., Toyoda S., Yamamoto M., Simon S.L., Matsuo M., Zhumadilov Z., Sasaki M.S., Rosenson R.I., Apsalikov K.N. Around Semipalatinsk nuclear test site: progress of dose estimations relevant to the consequences of nuclear tests. // Journal of Radiation Research. 2006. Vol. 47. P. A1-A13.
 9. Zhumadilov K., Ivannikov A., Zharlyganova D., Endo S., Tanaka K., Hoshi M., Stepanenko V., Skvortsov V., Apsalikov K., Berekenova G., ZhumadilovZh., Toyoda S., Miyazawa C. Results of tooth enamel EPR dosimetry for population living in the vicinity of the Semipalatinsk nuclear test site. // Radiation Measurements. 2007. Vol. 42. № 6-7. P. 1049-1052.
 10. А.В. Липихина, Т.И. Белихина, А.Е. Мансарина, Ш.Б. Жакупова, А.К. Жармухамбетова, Ю.Ю. Брайт Интеграция данных из медицинского регистра населения Казахстана, подвергнувшегося воздействию малых доз облучения, на европейскую платформу «MELODI» // Радиоактивность и радиоактивные

элементы в среде обитания человека. Материалы V Международной конференции, г. Томск, 13–16 сентября 2016 г. – Томск: СТТ, 2016. – С. 398–399.

ВАКУЛЕНКО В. А., ЗЯБЛИЦЕВА Е. О., ФОМИНА Н. В.

ИСТОРИЯ ОТКРЫТИЯ И РАЗВИТИЯ УЧЕНИЯ О НЕФРИТАХ

*Кафедра факультетской терапии, профессиональных болезней и
эндокринологии*

Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово

VAKULENKO V. A., ZYABLITSEVA E. O., FOMINA N. V.

**THE HISTORY OF THE DISCOVERY AND DEVELOPMENT OF THE
DOCTRINE OF JADE**

*Department of Faculty Therapy, Occupational Diseases and Endocrinology
Kemerovo State Medical University, Kemerovo*

Аннотация: в статье будут описаны исторические факты изучения гломерулонефритов, роль российских ученых в данном разделе медицины.

Ключевые слова: гломерулонефрит, Тареев Е. М., Мухин Н. А., Насонова В. А.

Abstract: the article will consider the key figures and dates in the study of nephritis and the formation of nephrology as a science.

Keywords: glomerulonephritis, nephrology, Tareev E. M., Mukhin N. A., Nasonova V. A.

История развития учения о нефритах насчитывает более ста лет, которое непрерывно развивалось и совершенствовалось, от кипячения мочи в чайной ложке для выявления альбуминурии, до иммунологических и генетических методов исследования для выявления патологии.

Цель исследования - рассмотреть, когда была установлена связь тех или иных симптомов с почечной патологией, кто стал основоположником учения о нефритах, как развивалась наука за прошедшие столетия и какой вклад внесли отечественные ученые в развитие нефрологии как науки в России.

Объектом работы является вклад зарубежных и отечественных ученых в изучении гломерулонефритов, открытие новых методов исследования и лечения нефритов и становление нефрологии как науки.

Предметом работы является рассмотрение этапов изучения гломерулонефритов, методов исследования и лечения и становления нефрологии.

Материалы и методы исследования

Для написания работы были использованы методы изучения, такие как: изучение, сравнение, анализ. Для написания работы использовались различные источники информации: статьи, журналы, электронные ресурсы.

Результаты и их обсуждение

Для того что бы в полной мере изучить историю открытия гломерулонефритов и развитие нефрологии как науки необходимо рассмотреть не только отечественный опыт, но и зарубежный.

Первое упоминание о заболевании почек принадлежит Джованни Морганьи. В 1726 году он установил связь отёков с изменениями почек и описал изменённые почки у больного, страдавшего отёками [1]. Основы нефрологии как специальности были заложены в работах Ричарда Брайта. В 1827 году он установил, что общая водянка с белком в моче связана с диффузными заболеваниями почек, описал клинику этих заболеваний и морфологические изменения почек, что дало первый толчок в развитии науки. Гломерулонефрит был впервые описан так же доктором Р. Брайтом в 1880 году и поэтому долгое время все гломерулонефриты носили название – «Болезнь Брайта».

В своей статье Р. Брайт описал 6 пациенток, у одной из которых – Мэри Брокс после родов развилась анасарка. Ее моча при кипячении в чайной ложке коагулировала. Это означало, что она содержала белок. После смерти больной ее почки были изучены, и гистологическое исследование препаратов выявило поражение, расцененное в сегодняшнее время как мембрано-пролиферативный тип гломерулонефрита. Он и был причиной нефротического синдрома [4]. Труды Р. Брайта явились основой для создания учения о болезнях почек. Успех Брайта во многом объяснялся общим подъемом науки в первой трети девятнадцатого века, благодаря новым лабораторным методам диагностики альбуминурии и снятия ограничений в Великобритании на вскрытие трупов.

В 1914г. в свет выходит фундаментальное руководство по болезням почек, которое было написано немецкими учеными – клиницистом Franz Volhard (1872-1950) и патологом Theodor Fahr (1877-1945). Руководство носило название «Болезнь почек Брайта». В нем содержались истории болезни и атлас, в котором они провели клинико-морфологическое сопоставление клинических признаков с микроскопическими изменениями отдельных участков нефрона и его сосудов и представили разработанную ими классификацию болезней почек, получившую широкое распространение. А в 1923 г. в Минске вышел перевод этой работы на русский язык.

Неоценимый вклад в учение о гломерулонефритах внес Евгений Михайлович Тареев. Работы Р. Брайта оказали значительное влияние на формирование научных взглядов Е. М. Тареева. В 1929 г. публикуется его первая монография «Анемия Брайтиков», в которой Тареев Е. М. анализирует взаимосвязь между хронической почечной недостаточностью и анемией и впервые применяет термин «нефротический синдром». Опираясь на научные труды Вольхарда и Фара, Е.М. Тареев разграничивает формы Брайтовой болезни

в ранних монографиях «Почки и организм» (1933 г.) и «Болезни почек» (1936 г.). Стоит отметить то, что Евгений Михайлович, с одной стороны, считал весьма прогрессивным учение о почечной гипертензии, разработанное Ф. Вольхардом, а с другой – лишь частично разделял позиции Вольхарда и Фара.

Одновременно с этим получило развитие функционально-физиологическое направление французской школы нефрологов. Основателями этого направления являлись Фернан Видаль и Лео Амбар. Они развивали учения о водно-электролитных сдвигах, солевом почечном отеке и солевой гипертензии, почечных клиренсах (1904 -1911 гг.). Стоит упомянуть и других представителей этой научной школы – Артура Кенши и Петра Реберга, разрабатывавших функциональные пробы, которые продолжительное время оставались основными в оценке деятельности почек. В 1928 году изучая физиологию и патологию мочеобразования, роль почек в поддержании гомеостаза, Е.М. Тареев начал применять метод Реберга в собственной модификации и создал свой метод функциональной диагностики патологии почек, которая получила название проба Реберга-Тареева.

Евгений Михайлович Тареев стал основоположником и дал толчок для развития в отечественной нефрологии. Но стоит отметить, что к первой половине 20 века, не смотря на отдельный вклад российских ученых в области нефрологии, каких-либо единых, глубоко разработанных направлений и концепций в России не существовало [6].

Следующей значимой фигурой в истории развития отечественной нефрологии был. Николай Алексеевич Мухин. Воспитанный на принципах школы Е. М. Тареева – настойчивого изучения этиологии, внимания к казуистике, системного подхода к оценке заболеваний, тщательного клинического анализа с учетом новейших научных данных, Николай Алексеевич, являясь учеником Евгения Михайловича, стал продолжателем этих традиций.

Одним из ключевых направлений в научной деятельности Н.А. Мухина стало изучение вторичного амилоидоза, чему и были посвящены его кандидатская (1966 гг.), а в последующем докторская (1980 гг.) диссертации. На большом клиническом материале он отметил изменения в структуре вторичного амилоидоза с повышением роли в его развитии ревматоидного артрита и опухолей, впервые определил реальную частоту поражения почек при первичном и наследственном амилоидозе, дана детальная клиническая характеристика стадий амилоидной нефропатии. За изучение и выявление проблемы амилоидоза Н.А. Мухину вместе с Е.М. Тареевым, В.В. Серовым, О.М. Виноградовой присуждена Государственная премия СССР. Николай Алексеевич Мухин внедрил принцип изучения причины и условий прогрессирования гломерулонефрита, а также изучение неиммунных механизмов развития болезни, что легло в основу развиваемой Н.А. Мухиным нефропротективной стратегии терапии больных. Под его руководством

выполнен спектр работ по выявлению роли неинфекционных факторов прогрессирования нефритов, в частности алкоголя, нарушений обмена мочевой кислоты, экологических, лекарственных влияний. Существенной является впервые выдвинутая Н. А. Мухиным концепция гиперурикемического варианта латентного нефрита, установление факторов риска, мер профилактики и этиологического лечения этого вида нефрита.

Значительным достижением в нефрологии считается использование для прогнозирования результатов лечения глюкокортикоидами метода определения генетически обусловленной чувствительности к ним клеточных рецепторов. За достижения в изучении проблемы гломерулонефрита Н.А. Мухину с группой ученых присуждена вторая Государственная премия СССР [3].

Нельзя обойти стороной вклад Насоновой Валентины Александровны (советского и российского ревматолога), почётного президента Ассоциации ревматологов России, академик РАМН. Валентина Александровна была одним из выдающихся ученых, врачом, создателем отечественной школы ревматологии. В 1958 году начала свою деятельность в Институте в должности старшего научного сотрудника. Валентина Александровна организовала группу по изучению системной красной волчанки, чтобы попытаться понять основы клинической картины, найти подходы к ранней диагностике, лечению и прогнозированию исходов этого заболевания. Насонова первая в мире разработала и опубликовала диагностические критерии системной красной волчанки, имеющие огромное практическое значение для врачей всех специальностей.

Несмотря на усилия ревматологов во всем мире, летальность при СКВ еще в 60-70х годах двадцатого века оставалась катастрофической, не существовало единых, обоснованных подходов к назначению различных доз глюкокортикоидов, не были разработаны основы для применения цитостатиков. Валентина Александровна с группой своих учеников начала глобальное исследование по изучению эффективности различных доз преднизолона у больных СКВ, в том числе с волчаночным нефритом. Впервые в СССР было научно обосновано применение «подавляющих» и «поддерживающих» доз преднизолона. Под руководством Насоновой В.А. и группы других ученых разработан и внедрен в практику метод лечения ударными дозами глюкокортикоидов, получивший название пульс-терапия. Такая стратегия применения глюкокортикоидов у пациентов с СКВ намного опередила свое время, благодаря ей были спасены тысячи больных.

Практически одновременно с началом фундаментальных исследований по глюкокортикоидам Валентина Александровна начала работы по оценке эффективности и безопасности приема цитостатиков при СКВ. Так, в конце 1970-х гг. по инициативе профессора J. Decker из США и В. А. Насоновой было начато исследование эффективности цитостатиков при волчаночном нефрите. Фактически это было первое контролируемое двойное слепое

международное исследование в рамках сотрудничества СССР и США. В дальнейшем публикует рекомендации по применению цитостатиков и плазмофереза у больных с волчаночным нефритом [2, 5].

Выводы

В данной работе мы рассмотрели основные периоды изучения гломерулонефритов, вклад зарубежных и отечественных ученых в мировую медицину. Благодаря открытию и применению новых методов исследования и лечения, улучшилось качество и продолжительность жизни пациентов с хроническими гломерулонефритами, которые раньше были обречены на неминуемую гибель. Успехи зарубежных и Российских ученых позволили нефрологии как науке стать самостоятельным разделом внутренней медицины уже в 50-60-х годах 20 века.

Источники и литература / Sources and references

1. Большая советская энциклопедия. в 30-ти т. – 3-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1969 - 1986. Доступно по: <https://www.booksite.ru/fulltext/1/001/008/081/453.htm> Ссылка активна на 25.01.2023 г.
2. Вклад академика В. А. Насоновой в развитие учения о системной красной волчанке. Доступно по: <https://gzt.ima-press.net/119-2015-4-21/359-vklad-akademika-v-a-nasonovoj-v-razvitie-ucheniya-o-sistemnoj-krasnoj-volchanke> Ссылка активна на 25.01.2023 г.
3. К 75-летию профессора Н.А. Мухина. Доступно по: <https://cyberleninka.ru/article/n/k-75-letiyu-professora-n-a-muhina> Ссылка активна на 25.01.2023г.
4. Роберт К. Аткинс Гломерулонефриты. Нефрология и диализ. 2000 г. Том 2 № 4: С. 225-229.
5. Регистр пациентов с системной красной волчанкой, Евразийская когорта «РЕНЕССАНС». Доступно по: https://rheumatolog.ru/arr/registri_rz/registr-skv-renessans/ Ссылка активна на 29.01.2023
6. Сорокина Т.С.; Остапенко В.М. Евгений Михайлович Тареев – основоположник Российской нефрологии. 2014 г. С. 56-58.

ДЕРЕВСКАЯ Е. И.

СОВОКУПНОСТЬ ПРАКТИК И МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ С ПЕРВОБЫТНОГО ВРЕМЕНИ ДО СОВРЕМЕННОСТИ

Кафедра физической культуры и спорта

Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово

Научный руководитель – доцент Н.И. Фетищев

DEREVSKAIA E. I.

A SET OF PRACTICES AND METHODS OF TREATMENT FROM PRIMITIVE TIMES TO THE PRESENT

Department of Physical Culture

Материалы IV Международной научно-практической конференции
«История медицины в Сибири». Кемерово, 2023

Kemerovo State Medical University, Kemerovo
Supervisor – Associate Professor N.I. Fetishev

Аннотация: в статье рассматривается история возникновения, становления и существования знахарства и доказательной медицины. А также положительные и отрицательные черты вышесказанных терминов.

Ключевые слова: знахарство, знахарь, доказательная медицина, заговор, молитва.

Abstract: the article examines the history of the emergence, formation and existence of medicine and evidence-based medicine. As well as the positive and negative features of the above terms.

Keywords: quackery, medicine man, evidence-based medicine, conspiracy, prayer.

Цель исследования: выяснить, чем отличается знахарство от отечественной медицины, выявить, какое количество людей из Кемеровского медицинского университета пользуются и знают о знахарстве и предпочитают его отечественной медицине. Выявить закономерности лечения в знахарстве и отличительные особенности доказательной медицины.

Материалы и методы исследования

Предметом исследования является знахарство, как путь к лечению болезней. Согласно нашей гипотезе, в годы доказательной медицины люди придерживаются знахарства и отрицают положительные свойства медицины.

Для доказательства этого предположения были использованы опубликованные биографические материалы, ресурсы интернет-порталов, а также были привлечены общенаучные методы: анализа и синтеза, индукции и дедукции, а также специальные, включая историко-сравнительный в диахронном аспекте. Объектом исследования выступают различные способы и виды лечения.

Результаты и их обсуждение

С древнейших времен люди задавались вопросом о том, как жить долго и не болеть. Тогда люди искали ответы на эти и другие вопросы, на помощь пришла наблюдательность. Многие люди наблюдали за животными: какую траву те употребляют, какие ягоды предпочитают. Именно так начало зарождаться знахарство. О знахарях впервые упоминается в летописи от 1024 года.

Знахарство – это способы лечения, состоящие из народной медицины и ритуалов: заговоры и молитвы. В некоторых источниках знахарство трактуется как “незаконное занятие врачеванием как профессией лицами, не имеющими надлежаще удостоверенного медицинского образования”. Этому есть объяснение. Знахарством занимались люди, имеющие навыки по излечению людей, а также, накопленные и полученные знания о полезных свойствах трав, минералов.

В те года люди были уверены, что знахарь способен вылечить любое заболевание независимо от его степени. Неудача в лечении приписывалось к неопытности лекаря. До возникновения земской медицины, знахарь был единственным источником медицинской помощи среди царского двора и русских крестьян.

В знахарстве используются особые методы лечения: заговоры, заклинания, молитвы и др. У лекарей того времени магическими предметами для оказания помощи считались вода, минералы и травы. Тогда это воспринималось людьми наравне с чудом.

Знахари делились по специализации:

1. Травник
2. Костоправ
3. Рудомет (тот, кто лечит кровопусканием)
4. Очных дел мастер (занимался лечением глаз)
5. Кильных дел мастер (специалист по вправлению грыж)
6. Апитерапевт (пчёлочелечение)

С каждым веком люди приобретали всё больше знаний, христианство - больший характер проявления и распространения в виде учений. Таким образом, убежденность в успешность знахарства уменьшалась, пока огонь ненависти не разгорелся до конца. В совокупности эти два ключевых события привели страну к жестоким наказаниям за знахарство. Люди видели бесов, в знахарях, называли их колдунами и ведьмами, а после сжигали людей на кострах, а также изгоняли крестьян с родных земель.

В своей работе «Русское знахарство» советский историк Пётр Агеевич Кошель описал некоторые известные виды знахарства [3].

«<...> Бабка-повитуха берет особый деревянный сосуд из которого не пьют и не едят, чистой свежей воды, кладет в нее уголь, ладан и соль, и читает над этим составом троичную, а иногда Богородичную молитву, кладет несколько поклонов перед святыми иконами и, помолвившись, начинает впрыскивать больного с приговором, после произнесения которого дует на больного трижды, со словами: «Аминь, аминь».<...>» [3].

«<...> Один череповецкий знахарь лечил зубную боль таким образом: усаживал больного на стул, спрашивал его имя, потом становился, от больного шагах в пяти и пристально смотрел ему в глаза, что-то про себя нашептывая. После этого он удалялся в чулан и оттуда выносил через несколько времени маленькую полоску бумаги, свернутую в клочок. Передавая бумажку больному, он строгим голосом наказывал: «Вот, как будешь ложиться спать, положи эту бумажку на больной зуб, а разворачивать ее и смотреть ни под каким видом не моги. Ночью эта бумажка исчезнет, а зубы к утру заживут <...>» [3].

Спустя века знахарство встречается и в наши дни. Женское население, а также люди “пожившие”, не имеющие звания “Знахаря” по-прежнему пользуются известными способами лечения частых болезней, с помощью

заговоров. Несмотря на всё, только истинные знахари способны вылечить некоторые заболевания. Большинство средств, применявшихся лекарями того времени стали частью доказательной медицины. Некоторые способы известны и в наши дни: черника при диарее, лук и чеснок для предупреждения цинги, наложение лубков на поврежденную поверхность (десмургия), массаж, кровопускание и др.

Но что же подталкивает человека к обращению к знахарю? Ответ прост - безысходность состояния, страх не выжить вынуждают больного обратиться к такому лекарю. Знахарь дает надежду на скорейшее выздоровление, но не это возможно.

Ключевая составляющая лечения у знахаря - воздействие на психологическое состояние больного. “Человек слышит то, что он хочет услышать” - эта фраза точно описывает лечение. Знахарь затрагивает психосоматическое состояние человека, и гарантирует своими действиями и нашептыванием надежду на скорейшее выздоровление.

Для более подробного рассмотрения знахарства, как способа лечения, выделим “плюсы” и “минусы” такого метода.

Таким образом, можно выделить **положительные черты знахарства.**

1. доступность лекарственных средств (в т.ч. трав);
2. доступность отдаленных жилых районах;
3. финансовая доступность;
4. лечение психосоматических заболеваний;
5. надежда на излечение.

Отрицательные черты знахарства представлены ниже:

1. отравление или аллергические реакции от отваров
2. неправильно поставленный диагноз
3. невозможность оказания экстренной медицинской помощи
4. воздействие на психосоматическое здоровье, а не на болезнь
5. неполное излечение болезни, а лишь симптомов
6. нет ответственности за смерть пациента
7. Риск возникновения осложнений
8. Невозможность к излечению терминальных стадий заболеваний

За ограниченностью возможностей знахарства, следовало её полнейшее преобразование. Сначала в нашей стране появилась отечественная медицина, которая взяла в себя некоторые черты знахарства, как это говорилось ранее. Далее следовало появление доказательной медицины, которая в сравнении с предшествующей, совершенствуется и улучшается и в наши дни.

Итак, доказательная медицина – это **использование результатов лучших клинических исследований для выбора лечения конкретного пациента**, а также – интеграция лучших научных доказательств с клиническим опытом и ожиданиями пациентов.

Таким образом, можно сделать вывод, что между знахарством и доказательной медициной существует огромная грань, которая не способна подавить ни одну из сторон.

Для проведения ряда исследований, следовало разобраться в ряде признаков, которые являются ключевыми между двумя понятиями.

Когда знахарство основывается на накопленных знаниях и умениях, доказательная медицина включает в себя исследования (в т.ч. на лабораторных животных), анализ историй болезней (в т.ч. конкретных случаев), систематический отбор, метаанализ, клиническое и практическое руководство, и т.д.

Положительные характеристики доказательной медицины резюмируем следующим образом:

1. способность оказание срочной медицинской помощи
2. правильная постановка диагноза и лечение
3. полная ответственность за сохранение жизни
4. квалифицированная помощь специалиста
5. Большая вероятность победить болезнь
6. Риск возникновения осложнений ниже
7. Стремительное развитие и усовершенствование технологий и знаний
8. Эффективность профилактического и дополняющего методов научной медицины.
9. Улучшение образования населения

Отрицательные признаки:

1. Возможность дорогостоящего лечения
2. вероятность развития осложнений
3. недоступность узкоспециализированной помощи в отдаленных районах
4. Невозможность к излечению терминальных стадий заболеваний (с некоторыми исключениями)

Исходя из вышесказанного, нами была сформулирована рабочая гипотеза, которая звучит: в годы доказательной медицины люди придерживаются знахарства и отрицают положительные свойства медицины.

Нами было проведено исследование, в качестве метода было взято анкетирование, в ходе которого студентам-медикам Кемеровского медицинского университета был задан ряд вопросов, связанных с понятиями знахарства и доказательной медицины.

Для начала следовало убедиться, осведомлены ли учащиеся терминами «знахарство» и «доказательная медицина». Таким образом, в ходе анкетирования, мы узнали, что большинство студентов знают о знахарстве, хотя остались и те, кто ответил отрицательно. Термин «доказательная медицина» оказался знакомым каждому.

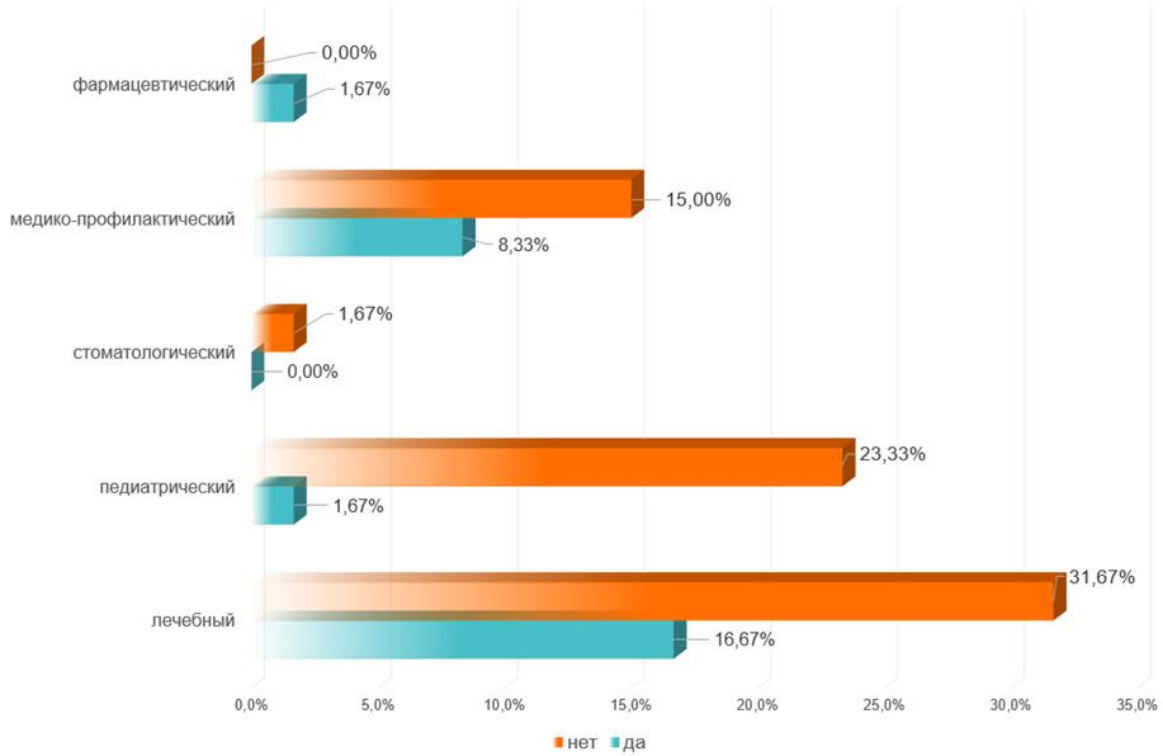


Рисунок 1. Верите ли вы в пользу гомеопатии?

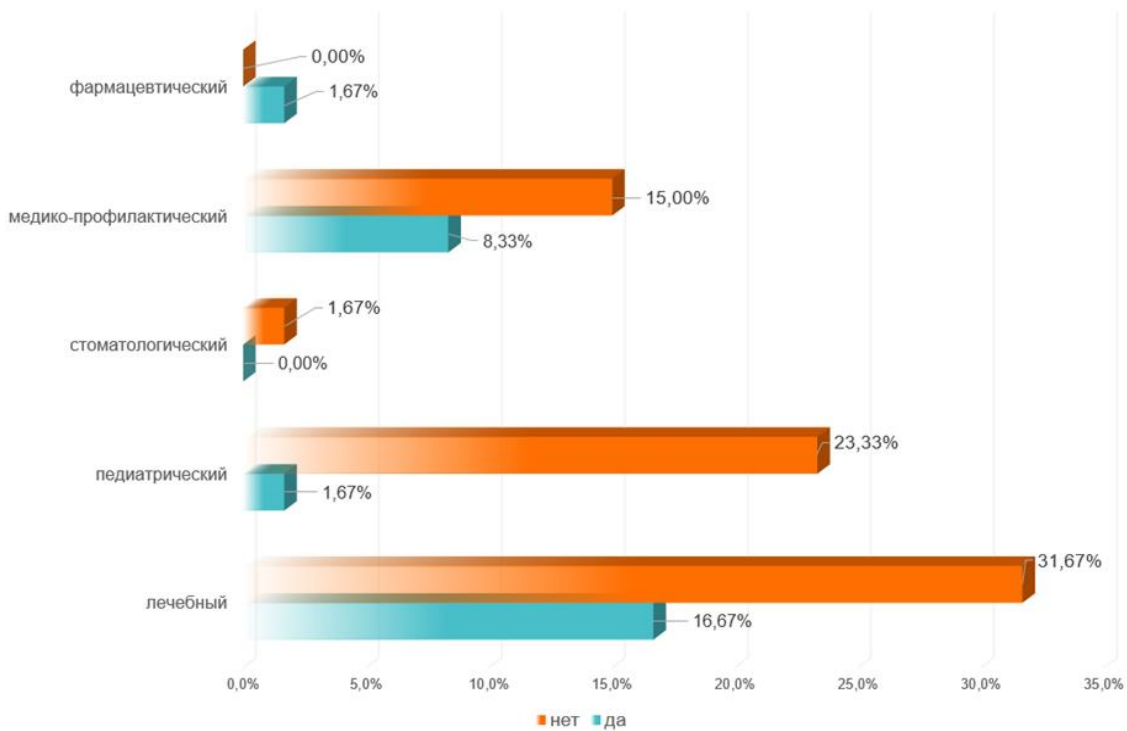


Рисунок 1. Верите ли вы в пользу гомеопатии?

Несмотря на оставшуюся популярность знахарства, большинство из опрошенных студентов не верят в то, что оно способно вылечить болезни. Также

утверждали, что это лишь «шарлатанство», «мракобесие», «пережиток прошлого» и проч.

Таким образом, мы пришли к выводу о том, что студенты-медики относятся скептически и/или не относятся никак к знахарству, доверяя и руководствуясь доказательной медициной. В то же время мы узнали, что большинство из учащихся прибегают к завариванию трав, произношений заговоров и молитв.

Следующим этапом следовало выяснить, посещали ли студенты знахаря. В ходе опроса было установлено, что меньшинство пользовались услугами такого вида лекаря и большинству такой вид лечения не помог или помог в меньшей степени.

Гомеопатия также стоит на пороге между медициной и знахарством. Следовало не упускать и её.

Гомеопатия - это вид медицины, использующий метод лечения болезней малыми дозами лекарственных средств. При этом получается своеобразный "закон подобия" - "то, что является причиной болезни, её же и излечивает".

По результатам опроса было установлено, что большинство из опрошенных студентов сталкивались с таким видом лечения, при этом меньшему числу из них этот способ лечения принес пользу. Стоит отметить, что меньший процент студентов верит в пользу гомеопатии.

Следующим шагом был вопрос, напрямую связанный с доказательной медициной. Так студенты всех факультетов единогласно доверяют доказательной медицине и считают, что это: «единственный способ, который имеет доказательную базу, и обладает видимой эффективностью».

Заключительным был этап, на котором необходимо было выяснить, чего именно придерживаются студенты-медики. В ходе, будущим специалистам требовалось выбрать одно: знахарство или же доказательную медицину. В результате чего мы пришли к выводу о том, что большинство учащихся склоняются к доказательной медицине, как центру развития знаний, умений и технологий.

Выводы

Результаты нашего исследования свидетельствуют о незначительном распространении знахарства в среде студентов Кемеровского государственного медицинского университета. Интерес и увлечение к этому не наблюдается или замечается в меньшей степени. Также стоит отметить, что большинство студентов в силу выбранной специальности поддерживают основы доказательной медицины. На проведённых этапах были выполнены все поставленные задачи. Выдвинутая вначале гипотеза была опровергнута. Мы выяснили и рассмотрели взятые понятия, выявили закономерности лечения в знахарстве.

Литература и источники/ References and sources

1. Склярова Е.К. История медицины / Е.К.Склярова, Л.В.Жаров.- 2-е изд., перераб. и доп. – Ростов н/Д.: Феникс, 2015. – 345с.
2. Русская народно-бытовая медицина – Попов Г. / доступно по: <https://knizh.ru/read42811/13.html> (ссылка активна на 1.02.2023)
3. Русское знахарство – Кошель П.А. / доступно по: <https://proza.ru/2011/04/07/2013> (ссылка активна на 1.02.2023)
4. Знахарство – Wikipedia / доступно по: <https://ru.wikipedia.org/wiki/Знахарство> (ссылка активна на 1.02.2023)
5. Доказательная медицина – Wikipedia / доступно по: https://ru.wikipedia.org/wiki/Доказательная_медицина (ссылка активна на 1.02.2023)
6. Медицинский оккультизм. Под ред. О. Прокопа, пер. с нем., М., 1971.

ЧЕШНОКОВА Л. Д.^{1,2}, ЛОБАНОВ М. М.¹, УТКИНА Е. В.¹, ПИМИНОВА Т.А.^{1,2}

**ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ПОЧЕЧНАЯ ТЕРАПИЯ (ЗПТ) В КУЗБАССЕ.
ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ И ДОСТИЖЕНИЯ ПОСЛЕДНИХ ЛЕТ**

*Кафедра факультетской терапии, профессиональных болезней и
эндокринологии*

*Кемеровского государственного медицинского университета, г.Кемерово¹
ГАОУЗ «Кемеровская областная клиническая больница» им.С. В. Беляева, г.
Кемерово²*

CHESNOKOVA L. D.^{1,2}, LOBANOV M. M.¹, UTKINA E. V.¹, PIMENOVA T.A.^{1,2}

**RENAL REPLACEMENT THERAPY (RRT) IN KUZBASS. HISTORY OF
DEVELOPMENT AND ACHIEVEMENTS OF RECENT YEARS**

*Department of Faculty Therapy, Occupational Diseases and Endocrinology
Kemerovo State Medical University, Kemerovo¹*

S. V. Belyaev Kemerovo Regional Clinical Hospital, Kemerovo²

***Аннотация:** создание на базе Кемеровской областной клинической больницы им. С.В. Беляева в 1969 году отделения хронического гемодиализа и трансплантации явилось значительным событием в оказании специализированной медицинской помощи жителям Кузбасса, что позволило продлить жизнь пациентам на многие годы.*

***Ключевые слова:** гемодиализ, перитонеальный диализ, трансплантация хроническая болезнь почек, заместительная почечная терапия.*

***Abstract:** the establishment of the Department of chronic hemodialysis and transplantation on the basis of the Kemerovo Regional Clinical Hospital named after S.V. Belyaev in 1969 was a significant event in the provision of specialized medical care to residents of Kuzbass, which made it possible to prolong the life of patients for many years.*

***Keywords:** hemodialysis, peritoneal dialysis, transplantation, chronic kidney*

disease, renal replacement therapy.

Хроническая болезнь почек (ХБП) является серьезной медицинской и социально-экономической проблемой в Российской Федерации (РФ).

Цель исследования – собрать, обобщить и проанализировать знания о заместительной почечной терапии (ЗПТ) в Кузбассе.

Материалы и методы исследования

Для достижения поставленной цели были изучены и проанализированы доступные научные публикации. В качестве методов исследования применялись: анализ научной литературы по теме, обобщение полученных данных.

Результаты и их обсуждение

ХБП занимает одно из ведущих мест в мире среди хронических неинфекционных болезней как по распространенности, так и по затратам на лечение. Терминальная стадия ХБП характеризуется резким снижением качества жизни пациентов, способствует инвалидизации и потере трудоспособности, а также приводит к необходимости применения дорогостоящих методов ГД, ПД, ТП. ХБП вышла за рамки нефрологической проблемы и является мультидисциплинарной и социальной проблемой, требующей комплексного скоординированного подхода к ее решению со стороны органов исполнительной власти, управления здравоохранением, медицинских учреждений и врачей различных специальностей [2]. Затраты государства на обследование пациентов группы риска компенсируются снижением затрат на лечение осложнений ХБП, продлением срока жизни пациентов на до диализных стадиях [6], увеличением показателей трудоспособности и выживаемости у данной группы пациентов. ЗПТ при ХБП (ГД, ПД, ТП) проводится на протяжении всей жизни пациента, поэтому важной является и социальная составляющая реабилитации больного. Разработка соответствующих протоколов позволила увеличить почечную выживаемость, однако прогрессирование ХБП до диализной (5С) является неизбежным процессом, нуждающихся в начале ЗПТ, неуклонно растет [3].

В то же время революционные изменения последних десятилетий в технологии диализа и изменения в подходах к лечению, получающих ЗПТ, позволили увеличить продолжительность жизни. Накоплены достаточные свидетельства того, что ближайшие и отдаленные результаты ТП различаются в зависимости от того, какой вид ЗПТ был использован. Выживаемость больных и почечного трансплантата наиболее эффективна так называемая превентивная ТП, которая выполняется на додиализном этапе при СКФ около 15 мл/мин [6]. Однако возможности такой тактики ограничены выбором донора (в подавляющем большинстве случаев это трансплантация от живого родственного донора) и значительным ускорением регресса остаточной функции почек при низких значениях СКФ, что у многих больных сопровождается развитием угрожающих жизни осложнений уремии, в условиях которых опасно выполнять ТП и требуется быстрое начало диализной терапии. Когда превентивная ТП

невозможна, оптимальной схемой ЗПТ является начало лечения с ПД, а затем ТП. Гемодиализная служба: история, перспективы развития. Кемеровский областной центр гемодиализа и трансплантации почки в Сибирском регионе берет начало с организации с 1969 года, который был в числе первых 6 центров в нашей стране и единственный в те годы на базе практического здравоохранения «Кемеровская областная клиническая больница». Непосредственным организатор центра стал заслуженный деятель науки РФ, профессор Кемеровского медицинского института ШраерТ.И.

Представляет интерес записка В.С.Крылова на имя директора ВНЦХ, академика Б.В.Петровского, в которой подтверждается готовность Кемеровского центра к трансплантации почки и согласие Б.В. Петровского.

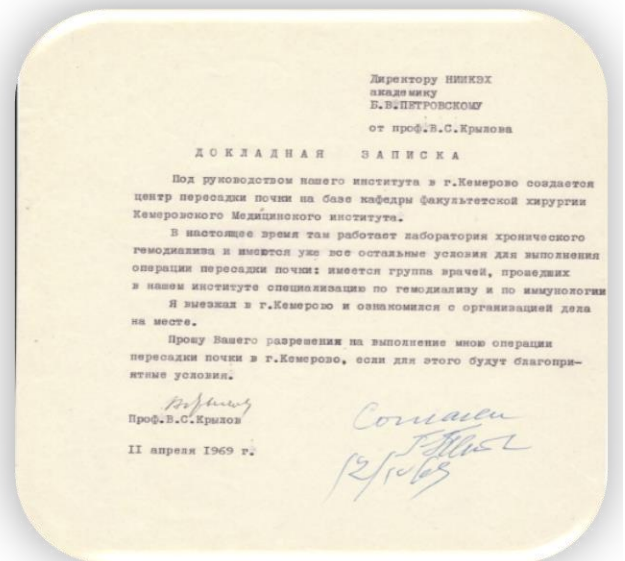
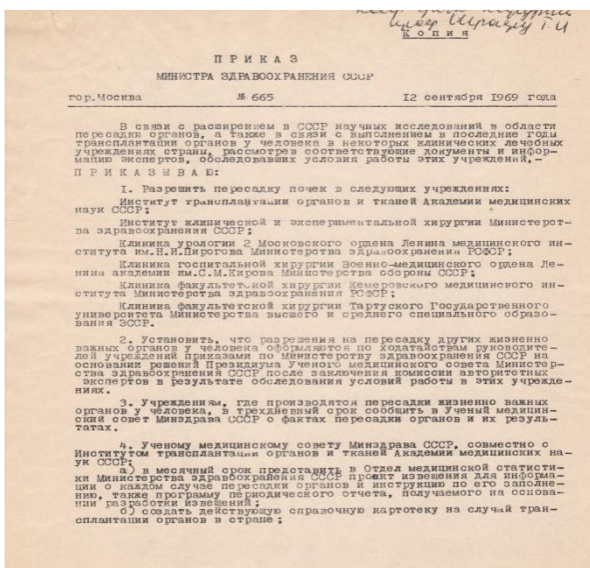


Рис. 1. Записка В.С.Крылова на имя директора ВНЦХ, академика Б.В.Петровского, о готовности Кемеровского центра к трансплантации почки и согласие Б.В. Петровского

Первая трансплантация почки была выполнена 1 мая 1969 года сотрудником ВНЦХ профессором В.С.Крыловым. На этапе становления Центр был представлен: лабораторией «искусственная почка» (аппарат ИП-60, ИП-140) на 5 диализных мест, госпитальным отделением на 10 коек с биохимической, иммунологической, донорской службами (забор и консервация органов), утверждены 3 базы органного донорства. На начальном этапе контингент крайне тяжелых больных с почечной недостаточностью, летальность в ближайшие сутки достигала в первый год 50%. Отсутствовал постоянный сосудистый доступ, наружный артериовенозный шунт (АВШ) не обеспечивал долговременный доступ. Максимальная продолжительность жизни после

трансплантации почки составляла 2 года. Врачи центра внедрили дистанционный забор органов с использованием санитарной авиации. Организация центра трансплантации оказало значительное влияние на весь лечебно-диагностический процесс в больнице, подняв на новый уровень. На базе больницы открывается нефрологическое отделение, количество коек увеличивается до 15, переоснащение диализного оборудования: установлена многоместная ИП/8/ фирмы DАSCO. Внедряется подкожное шунтирование [1]. Сотрудниками диализного центра разработаны и внедрены различные варианты создания сосудистого доступа для гемодиализа, вводится амбулаторный гемодиализ, выполняются трансплантации почки инобластным больным с ТХПН (Сибирь, Дальний Восток). Второй центр лечение больных с ХБП проводится на базе реанимации ГКБ № 1 Новокузнецка (1990г), с 2001 года организовано отделение гемодиализа. В 2007 году отделение расширено и укомплектовано 25 аппаратами «искусственная почка» компании «Gambro». Путем реорганизации отделения хронического ГД и ТП в 2001г. разделили на 2 отдельные структуры - отделение трансплантации и отделение гемодиализа. В 2012 году областной департамент охраны здоровья населения заключил соглашение с частным медицинским учреждением «Нефросовет» (НЭС). Переход к частному партнерству позволил переоснащение и расширение имеющихся отделений гемодиализа в городах: Кемерово, Новокузнецке. Открыты отделения гемодиализа в г.Белово (2013), г.Прокопьевске (2016). Сегодня Количество компаний (организаций) оказывающие ЗПТ: 5 частных; 2 государственные больницы, МЧУ ДПО «Нефросовет»; ООО «НефроМед»; ООО «Медторгсервис», ООО «ЦОЗСР «Красная горка»; МЦ «Родник», ГАУЗ ККОБ им. Беляева С.В, ГАУЗ НГКБ №1.

Таблица №1. Число пациентов, получающих гемодиализ.

Организации	На 2021 г. АИП	Кол-во пац-в	2022г.на 01.11.22г АИП	Кол-во пац-ов
Нефросовет	135	461	116	365
НефроМед	63	229	89	297
Родник	10	37	10	33
Медторгсервис	13	35+7ПД	18	53+10ПД
Красная горка	22	82	22	109
ГАУЗ ККОБ	10-7 +7ПД	7-10+7ПД	7	7-10
ГАУЗ ГКБ№1	10-7	7-10	10	7-10
Итого	263	864+14ПД	272	877+10ПД

Обеспеченность ЗПТ в целом, в пересчете на 1 млн населения, на 2020 г. в среднем по России составил 414,2 больн. /млн. Количество больных Кузбасса, получающих диализ на 1 млн населения составило 340 больных\млн.

С конца 70-х гг. XX века перитонеальный диализ (ПД), наряду с гемодиализом, вошел в повседневную практику лечения (ХБП 5С), и уже к середине второй декады нашего века число больных, получающих ПД в мире превысило 270 тысяч человек. В нашей стране ПД начал использоваться с середины 90-х годов. На протяжении последних 20 лет в разных странах было проведено значительное количество ретроспективных исследований, в которых сравнивались эффективность гемодиализа и ПД. Полученные результаты убедительно продемонстрировали сопоставимую выживаемость больных при использовании обоих видов диализа. Отсутствие необходимости создания сосудистого доступа позволяет использовать ПД у пациентов с заболеваниями периферических сосудов или у больных с исчерпанным резервом формирования артерио-венозной фистулы (АВФ) после многолетнего лечения программным гемодиализом. Особенно выделяют автоматизированный перитонеальный диализ (АПД), при котором лечение проводится в домашних условиях специальной системой, представляющей из себя портативный аппарат, простой и надежный в использовании, который выполняет в течение ночи всю предписанную программу терапии, а в течение дня больной полностью свободен. Такой вариант терапии является оптимальным выбором для молодых, работающих пациентов [3]. Все необходимое для проведения процедур ПД доставляется на дом и при стабильном состоянии ему требуются контрольное амбулаторное обследование и осмотр врача не чаще 1 раза в месяц. Амбулаторный режим лечения ПД не требует участия медицинского персонала и столь частого прибытия больных в диализные центры. [3]. Все это в совокупности при сопоставимой с гемодиализом выживаемости больных делает ПД весьма привлекательным. В Кемерово открыт центр амбулаторного диализа ООО «Медторгсервис», осуществляет медицинскую деятельность с апреля 2021 года. Для диализных пациентов - это центр с широким спектром медицинских услуг отвечающий мировым стандартам.

Современные аппараты искусственной почки с возможностью проведения процедур гемодиализации (ГДФ), современная система водоподготовки, круглосуточный стационар, наличие собственной операционной, лабораторные исследования, инструментальная диагностика. В Кузбассе ПД диализ ручной с 2018 г. В нашем отделении с 2021 года запущен АПД. На декабрь 2022 на автоматизированном 8 человек, 4 получают ручной. За период 2021-2022 г. пролечено 20 человек: из них 5 пациентам проведена ТП, 2 переведены на программный гемодиализ, 1 умер. Кемеровский центр трансплантации был первым регионом Сибири, входит в тройку лучших по России. В Кузбассе более 50 лет выполняют операции по пересадке почек, выполнено 1335 ТП. Постановление Администрации Кемеровской области «Об укреплении и дальнейшем развитии областного центра трансплантации органов «Разработка и внедрение додиализной трансплантации трупной почки» [6]. С 2020 г возобновлена программа родственной трансплантации почки, при этом изъятие

донорского органа проводится эндоскопическим путем – всего 7 ТП. Структура ХБП пациентов с ТП: ХГН – 72%; СД – 15%; АДПКП – 4,8%; АРМС – 1,2%; Прочие -7%. В 2022 г. 75 ТП, в том числе 3 родственные с эндоскопическим изъятием донорского органа.

Таблица №2. Обеспеченность населения Кузбасса трансплантацией почки

Год	2020	2021	2022
Кол-во Трансплантаций	39 (14,4/млн.)	51 (19,6/млн.)	75 (28/млн.)
По РФ на 1млн. населения	7,7/млн.	9,5/млн.	

Таблица №3. Количество реципиентов и сроки наблюдения пациентов с ТП.

Срок наблюдения	до 5 лет	5-10 лет	10-15 лет	15-20 лет	>20 лет
Кол-во больных с ТП	257	94	29	10	2
Итого:	392 реципиента с трансплантированной почкой				

Важным звеном в реализации программы трансплантации и эффективного использования донорских органов человека в целях трансплантации является межрегиональное сотрудничество по вопросам организации органного донорства в Сибирском Федеральном округе [4]. На основании заключенных соглашений о сотрудничестве между Центрами трансплантации (Барнаул, Новосибирск, Красноярск) при не востребованности донорского органа осуществляется его передача на безвозмездной основе с оформлением «Акта передачи» в Центр трансплантации, где в нем нуждаются. Утверждены 15 баз органного донорства с охватом 85% населения Кузбасса.

Разработаны и внедрены в центре: варианты реконструкций артериальных и венозных сосудов донорской почки, способы пересадки донорской почки с двумя артериальными сосудами, способы хирургического лечения сахарного диабета, ТП в «додиализном периоде» [6], ТП при диабетической нефропатии с тяжелым нефротическим синдромом (НС)[5], повторная ТП в азотемической стадии, повторная ТП в додиализном периоде. Таким образом, пройден значительный путь становления и развития ЗПТ в Кузбассе, накоплен огромный опыт. Впереди предстоит большая работа по дальнейшей реализации программы ЗПТ в виде ХГД, ПД, ТП.

Источники и литература / Sources and references

1. Лотц В.И. Артерио-венозный шунт как первый этап формирования постоянного сосудистого доступа для гемодиализа. Нефрология и диализ. Т9, № 3, 2007:286.
2. Томилина Н.А., Андрусев А.М., Перегудова Н.Г., Шинкарев М.Б. Заместительная терапия терминальной хронической почечной недостаточности

в Российской Федерации в 2010-2015 гг. Отчет по данным Общероссийского Регистра заместительной почечной терапии Российского диализного общества. Нефрология и диализ. 2017, приложение к Т. 19, №4.

3. Шилов Е.М., Котенко О.Н., Шилова М.М. и соавт. Состояние нефрологической службы: заместительная почечная терапия в Российской Федерации в период с 2015 по 2019 г. Клиническая нефрология. 2020;1:6–14.

4. Сальмайер А.А., Ликстанов М.И., Пиминова Т.А. Реализация программы трансплантации и органного донорства в Кузбассе. Вестник трансплантологии и искусственных органов 2019, том XXI №3: 23.

5. Сальмайер А.А., Пиминова Т.А. Место хирургических методов в лечении нефротического синдрома. Материалы Научно-практической конференции ГАУЗ КО Кемерово 2014: 236-328.

6. До диализная трансплантация трупной почки в комплексном лечении больных хронической почечной недостаточностью в азотемической стадии при первичной почечной патологии. 14 00 27 - Хирургия Автореферат.

ИБРАЕВА С. С., ХАМЧИЕВ К. М., СЕМБЕКОВА К. Т., КУЛЫСБЕК А. Т.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В УСЛОВНОРЕФЛЕКТОРНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И МОЗГОВОЙ ТКАНИ КРЫС ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ РАЗЛИЧНЫХ СТРЕССОВ

Кафедра нормальной физиологии

АО «Астанинский медицинский университет», Республика Казахстан

IBRAYEVA S. S., KHAMCHIYEV K. M., SEMBEKOVA K.T., KULYSBEK A. T.
MORPHOLOGICAL CHANGES IN A CONDITIONED REFLEX ACTIVITY AND A BRAIN TISSUE OF RATS UNDER INFLUENCE IF VARIOUS STRESS

Department of Normal Physiology

Astana Medical University, Republic of Kazakhstan

Аннотация: в работе изучались условно-рефлекторная активность и морфологические изменения в мозговой ткани белых крыс, подвергшихся сплектономии, после применения дополнительного шума. На формирование условного рефлекса у животных контрольной группы влиял условный шум и условные раздражения. В ткани головного мозга экспериментальных крыс определены выраженные признаки сосудистого полнокровия с эритростазами и эритроцитозом, образованием эритроцитарных и гиалиновых тромбов в сосудах микроциркуляторного русла с очаговыми диapedетическими кровоизлияниями и реактивным периваскулярным глиозом. В целом, животные экспериментальной группы в большей степени подвергались воздействию шума, особенность формирования условного рефлекса определялась высоким развитием возбудимости.

Ключевые слова: стресс, сплектономия, условно-рефлекторная активность, шум, морфология мозговой ткани.

Abstract: *in work, conditional-reflexory actions and identifying morphological changes in brain tissue of splectomy white rats after additional noise application have been studied. The formation of conditional reflex in animals of control group affected by noise of conditional and conditional irritations. In the brain tissue of experimental rats, pronounced signs of vascular plethora with erythrostates and erythrocytolysis, the formation of erythrocyte and hyaline thrombi in the vessels of the microvasculature with focal diapedetic hemorrhages and reactive perivascular gliosis were determined. In general, experimental group animals were more affected by noise, peculiarity of forming a conditional reflex identified by high development of excitation process with limitation of after excitement braking process in higher nerve functionality. The results of the conducted pathological studies indicate that histological signs of microcirculation disorders, edema of the brain substance, alterative changes in neurons and glial cell elements, as well as reactive changes in microglia develop in the brain tissues of rats.*

Keywords: *stress, splectomy, conditional reflexory activity, noise, brain tissue morphological.*

Relevance

In research regarding issues on stress splectomy is considered as a stress sponsor to the living organism [1]. After splectomy or long period of affection from stress can potentially cause infection process in an organism of a patient due to lowering of immunity sustainability. As immune system deteriorates inflammatory process bears transitional character. It is worth considering development of infectious process during immunodeficiency [2].

Noise causes negative influence to an organism as a stress factor; it results in high rate of irritation, reduction in physical and psychological activity, headaches, sleep deprivation, tiredness and mood distraction [3, 4, 5]. At present, the peculiarities of the effects of double stress on the body have not lost their relevance and will continue to be the subject of research related to stress.

In this regard, the study found that several adult male and female rats after 7, 14, 21, 28 days and 6 months after splenectomy with histological, morphometric examination of lymph nodes significantly affect the structure of lymph nodes and their functional parameters. Shortly after splenectomy, a decrease in the size of the iliac, sciatic and mediastinal nodes and the number of lymphoid nodules in the cortex was detected [4, 5].

In accordance with scientific concepts the goal of the work is researching conditional-reflexory actions of splectomy white rats after additional noise application and identifying morphological changes in brain tissue [6, 7, 8].

Materials and Methods

Experiment included mixed gender, 180-300 gram white rats. Both groups (control and experimental) were subject to general type of splenectomy (Andreasyan E.S., Stepanyan R.M.).

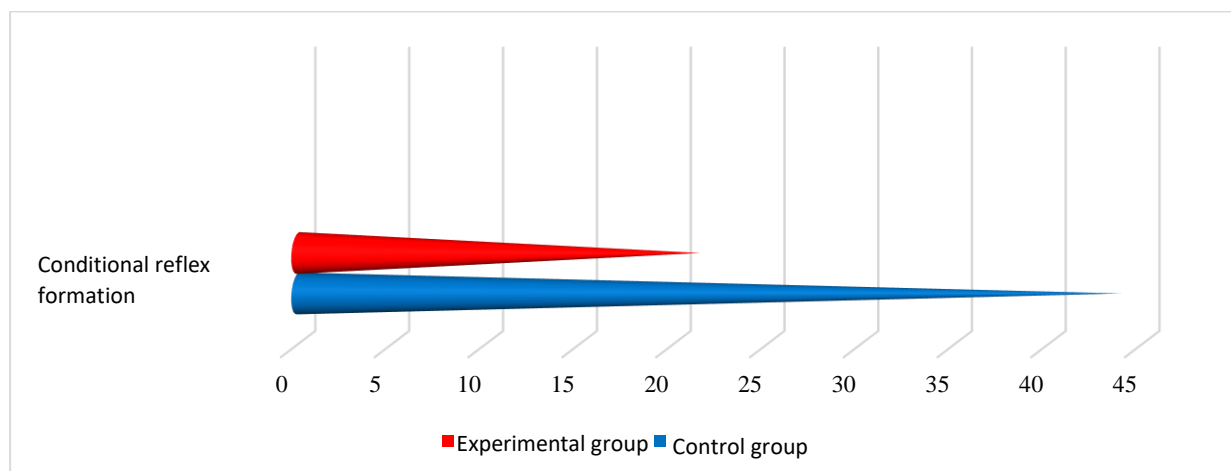
In order to form conditional reflex in animals (control and experimental groups) during noise application a special hinged camera (Glebowsky A.V., Fedorov V.K.) was used and noise level at the noise degree 205-56 was equal to 40 dB. All of the results of scientific work surpassed statistical analysis. Pathological changes in experimental rats' brains were researched by extraction of cerebral hemispheres during autopsy. Cerebral hemispheres were cut into lamellar pieces by sagittal sections, 0,5 cm in width.

Results and Discussion

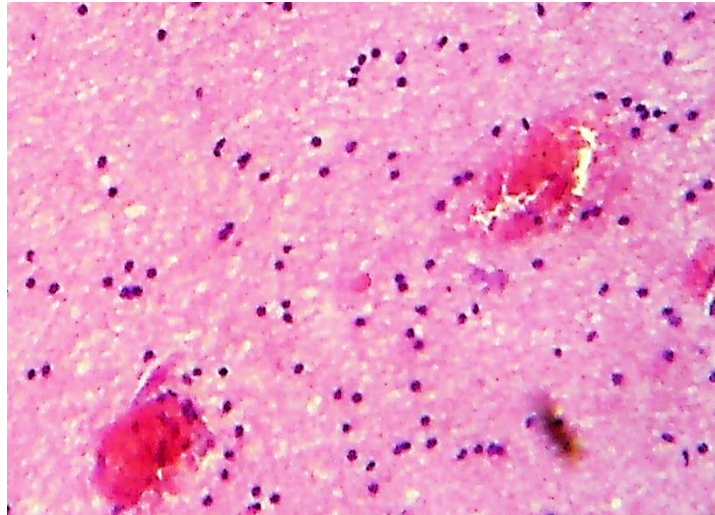
Given results of the scientific work experiments underline the formation of conditional reflex at the $43,87 \pm 3,05$ ($p < 0,001$) combinations of conditional and conditional irritations in animals of control group affected by noise. Whilst noise-affected white rats exposed $21,42 \pm 2,79$ ($p < 0,001$) combinations (table 1 and diagram 1).

Table 1. Dual stress peculiarities in conditional reflectory actions experienced by white rats' organisms

Type of experiment	Control group	Experimental group
Formation of conditional reflex	$43,87 \pm 3,05$ ($p < 0,001$)	$21,42 \pm 2,79$ ($p < 0,001$)

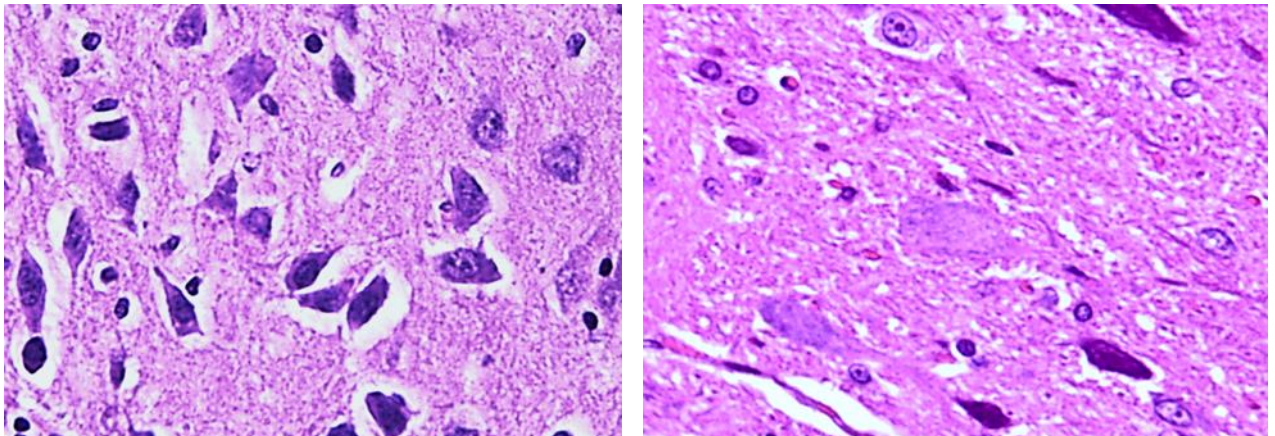


When exposed to noise for 5 days after splenectomy, in the brain tissue of experimental rats, pronounced signs of vascular plethora with erythrostatics and erythrocytolysis, the formation of erythrocyte and hyaline thrombi in the vessels of the microvasculature with focal diapedetic hemorrhages and reactive perivascular gliosis were determined (Picture 1).



Picture 1. Brain tissue of a splenectomy rat after 5 days of noise exposure. Thrombosis of vessels of the microcirculatory ruula and diapedetic hemorrhages; perivascular gliosis. Stained with hematoxylin and eosin. Magnification x100.

Against the background of uneven pericellular and perivascular edema of the brain matter, signs of ischemic damage to the neurons of the cerebral cortex were expressed in the form of dystopia, hyperplasia and deformation of the bodies of neurons, as well as cytolysis of cells with the formation of shadow cells (*Picture 2*).



Picture 2. Brain tissue of a splenectomized rat after exposure to noise for 5 days: a - pericellular edema; hyperplasia and deformation of neuronal bodies; b - "melting" shadow cells. a.b -staining with hematoxylin and eosin; increase in x400.

Conclusion

As demonstrated in experiment results, experimental group animals were more affected by noise, peculiarity of forming a conditional reflex identified by high development of excitation process with limitation of after excitement braking process in higher nerve functionality. The results of the conducted pathological studies indicate that histological signs of microcirculation disorders, edema of the brain substance, alterative changes in neurons and glial cell elements, as well as reactive changes in microglia develop in the brain tissues of rats.

Источники и литература / Sources and references

1. Kopeikin K.V., Koroleva S.V. Patogenetic mechanisms of formation of psychophysiological maladaptation among the dangerous specialties //International journal of applied and fundamental research. – 2012. - # 1-1 – Pages 28-28.
2. Styazhkina S. N., Derbeneva A.P., Moshkina M.V. Splenectomy as a factor of development of acute appendicitis// Contemporary trends in science and technology development. – 2016- page 105.
3. Spirin V. F., Starshov A.M. To some problems of chronic affection of industrial noise to the workers (literature review)// Health risk analysis. – 2021 – number 1 – pages 186 – 196.
4. Sarchuk E.V., Lebedeva A, M., Uzbekova L.D.(2020). Noise pollution as a pathogen factor to human health. //student – 2020 – Vol.3, number 4, page 339.
5. Balichiyeva D.V. (2018). Influence of the vibration-noise factor on some endocrine indicators of the organism in industrial environment// Human-Nature-Society; Theory and Practics of life security, ecology and valeology. – 2018 – numnrt 47 – pages 7-12.
6. Chernenko N. V., Katayev S. I., Kulida L.V., Mediastential, mesenteric and inguinal lymph nodes of what rats are normal and after the removal of the spleen. // Contemporary problems in science and eduction – 2015 – number 2. Pages 535-541
7. Zhang K., Sakamoto A., Chang L., Qu Y., Wang, S., Pu Y., ... & Hashimoto K. Splenic NKG2D confers resilience versus susceptibility in mice after chronic social defeat stress: beneficial effects of (R)-ketamine. //European archives of psychiatry and clinical neuroscience, -2019. -№1-10.-p.1.
8. Steiniger, B.S. Human spleen microanatomy: why mice do not suffice //Immunology. – 2015. – Vol. 145, № 3. – P. 334–346.

КВИРАМ А. И., ПАВЛОВА В. Ю.

ИСТОРИЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ КОСТНОГО МОЗГА

*Кафедра факультетской терапии, профессиональных болезней и
эндокринологии*

Кемеровского государственного медицинского университета г. Кемерово

KVIRAM A. I., PAVLOVA V. Y.

HISTORY OF BONE MARROW TRANSPLANTATION

*Department of Faculty Therapy, Occupational Diseases and Endocrinology
Kemerovo State Medical University, Kemerovo*

Аннотация: история трансплантации костного (ТКМ) –включает в себя колоссальные труды ученых всего мира. Данный метод лечения насчитывает не очень длительную историю. За несколько десятилетий ТКМ перешла из разряда экспериментальных процедур к полноценному и рутинному методу лечения.

Ключевые слова: история аллогенной трансплантации, костный мозг, регистр доноров костного мозга.

Abstract: the history of bone marrow transplantation (BMT) includes colossal works of scientists from all over the world. This method of treatment does not have a very long history. Within a few decades, BMT has evolved from an experimental procedure into a full-fledged and routine treatment.

Keywords: history of allogenic transplantation, bone marrow, bone marrow registry.

Цель исследования - собрать, обобщить и проанализировать информацию о становлении и развитии трансплантации костного мозга.

Материалы и методы исследования

Для достижения поставленной цели был проведен анализ доступных отечественных и зарубежных источников литературы.

Результаты и их обсуждение

Первые работы, посвященные терапевтическому использованию костного мозга, были выполнены в последней декаде XIX века. В 1891 г. двое французских врачей Шарль Броун-Секар и Жак Арсен д'Арсонваль давали пациенту костный мозг перорально (путем проглатывания) для лечения лейкозов, естественно, безуспешно [1].

Примерно через 50 лет появились первые упоминания о внутрикостных и внутривенных инъекциях костномозгового субстрата. В России интерес к исследованию и использованию костного мозга возник довольно давно. Еще в 1927 г. М.И. Аринкин разработал метод извлечения костного мозга через иглу, введенную в губчатую кость, с 1938 г. им предпринимались попытки лечения больных анемиями внутримышечными и подкожными введениями костного мозга [2]. В течение 1930-х годов методика Аринкина – Лисицына совершенствовалась разными врачами, тогда же начались и первые экспериментальные попытки трансплантаций: больным, страдающим анемией, вводили взвесь костного мозга внутримышечно и даже внутривенно. Смелые эксперименты в начале 1940-х проводил хирург Г. Караванов: он пересаживал кроликам в подкожную клетчатку красный костный мозг вместе с костью – и пришел к выводу, что часть клеток после трансплантации способна к возрождению [4]. Уже тогда была сформулирована гипотеза о том, что собственная иммунная система пациента не позволяет прижиться донорским клеткам. До 1948 г. факторы, способные привести к супрессии иммунной системы реципиента, достаточной для приживления трансплантата, не были известны. Но быстро развивающаяся в это время радиационная биология установила, что одним из таких факторов может быть ионизирующая радиация.

Острая необходимость в трансплантации костного мозга возникла после Второй мировой войны. Появление атомного оружия, вернее, последствия его

использования в Хиросиме и Нагасаки, заставило ученых и врачей активно искать способы лечения от лучевой болезни, в частности от апластической анемии, которую она вызывает. Эксперименты начались сразу после войны. Только в период с 1950-го по 1960 год в Советском Союзе вышли десятки исследований, посвященных трансплантации костного мозга летально облученным мышам, собакам, крысам [4].

В эти же годы американский доктор Леон Оррис Джейкобсон предложил гипотезу о том, что факторы, высвобождаемые клетками селезенки, стимулировали восстановление облученного костного мозга. Годы спустя эти работы привели к открытию одного из ведущих веществ в регуляции эритропоэза - эритропоэтина. В 1952 г. Э. Лоренц, Ч. Конгдон, Д. Апхофф показали, что внутривенная инфузия костно-мозговой взвеси также может спасти смертельно облученных мышей и морских свинок. В дальнейшем К. Форд в 1956 г. с помощью цитогенетических исследований доказал, что восстановление костно-мозгового кроветворения после переливания донорской костно-мозговой взвеси происходит именно за счет клеток донора [1].

Работы многочисленных ученых приводили к накоплению достаточного количества информации и опыта. Дон Томас собрал воедино всю эту информацию и затем посвятил всю свою жизнь созданию и усовершенствованию метода ТКМ сначала в эксперименте у собак, позже — первым в мире — у больных лейкемией. В 1955 г. он совместно с докторами Джозефом Ферреби и Тедом Грэмом в экспериментальных работах на мышах и собаках разработал и представил технологическую модель выполнения трансплантации костного мозга. Эти исследования заложили прочный фундамент для всех последующих работ, так как именно в них было сформулировано большинство современных основных понятий трансплантологии.

Далее данное направление активно развивалось и в 1969 г. команда врачей во главе с Доном Томасом впервые в истории медицины провела пересадку костного мозга больному лейкемией, используя в качестве донора родного брата пациента. Спустя 8 лет они же осуществили первую в мире трансплантацию костного мозга от неродственного донора. Эти работы и сегодня позволяют спасать многие и многие жизни. В 1990 г. Дон Томас вместе со своим другом Джозефом Мюрреем был удостоен Нобелевской премии в области физиологии и медицины за разработку новых методов трансплантации тканей и органов [3].

Принципиально новый этап в истории изучения костного мозга начинается в конце 1950-х. Во-первых, в 1959 году весь мир узнает о благополучном излечении югославских физиков-ядерщиков, пострадавших при взрыве реактора в белградском НИИ. Французский врач Ж. Матэ делает им пересадку костного мозга от случайных доноров, без подбора по антигенам совместимости, — и пятеро из шести человек выживают. Во-вторых, за год до этого, в 1958 году, знаменитый французский иммунолог Ж. Доссе открывает HLA-комплекс, поняв, что с отторжением пересаженной ткани связаны именно антигены лейкоцитов.

Это событие имеет определяющее значение для всей современной трансплантологии.

В Советском Союзе о нем узнают лишь через десять лет – в 1969 году. Первый директор НИИ трансплантации (ныне НИИ трансплантологии и искусственных органов) Г.М. Соловьев едет на сессию ВОЗ в Швейцарии, где встречается с Жаном Доссе, французским гематологом и иммунологом, и другими иммунологами-трансплантологами. Результатом данной встречи стало открытие в ближайшее время в НИИ трансплантации лаборатории иммуногенетики. Основной её задачей стало развитие представлений об HLA-системе, перенос на российскую почву достижений в этой области.

Существовала специальная медицинская программа, посвященная развитию трансплантологии и трансплантационного иммунитета. В первые годы этой программы (начало 1970-х) основной формой работы были совместные воркшопы. Во время них происходила унификация методов HLA-типирования, проверялись реагенты, пригодные для выявления антигенов. Первый такой воркшоп прошел в Будапеште в 1972 году.

Именно в результате этих встреч в СССР сформировались сильные научные коллективы. В частности, НИИ трансплантологии (Москва) отвечал за внедрение HLA-методов и проверку качества типирования. НИИ гематологии (Ленинград) занимался производством и отбором реагентов. К ним также присоединился Центральный ордена Ленина Институт переливания крови Минздрава СССР (Москва). Кроме научной-практической работы данные учреждения всегда вели интенсивно образовательную деятельность.

В 1976 году выходит программная статья ленинградских гематологов Л. Серовой, В. Белоусова и В. Шабалина о необходимости создать Всесоюзную службу типирования. Это фактически манифест советского Минздрава, с цитатами министра здравоохранения СССР Б. Петровского. Он ставит перед работниками службы крови задачу государственного масштаба: обеспечить всестороннее типирование доноров по HLA-антигенам. Для решения этой задачи требуется создать единую государственную службу типирования и трансплантации органов и тканей – Гострансплантат. Нужны лаборатории, нужны реактивы, нужна обобщающая картотека потенциальных доноров и реципиентов [4].

Количество учтенных и типированных доноров в середине 1980-х составляло примерно 5 тыс. человек, к 1996 г. в Российском регистре доноров костного мозга насчитывалось уже 11 тысяч человек, а в настоящий момент более 75 тыс. человек.

Выводы

Важно понимать, что некоторые факты и правила, известные сегодня любому студенту-медику, потребовали много времени и усилий ученых и врачей, проводивших исследования по трансплантации костного мозга. Эти

исследования спасли бесчисленное количество жизней и способствовали развитию и совершенствованию нашей медицины и науки.

Источники и литература / Sources and references

1. Пушкарева С.Г. Исторические аспекты трансплантации аллогенного костного мозга. Проблемы трансплантации костного мозга и стволовых клеток периферической крови. М.: Реквест-ТКМ, 1999: 7–12.
2. Журавлев В.А., Сведенцов Е.П., Сухоруков В.П. Трансфузиологические операции. М., 1985
3. Яблоков А. Воспоминание о советском костном мозге. Бюллетень Кровь 5, 2018.
4. Редакция журнала Гематология и трансфузиология. Памяти профессора Эдварда Доннала Томаса. Гематол. и трансфузиол., 2012, т. 57, № 5.

КЛЕЩЕВА А. В.¹, КВИТКОВА Л. В.², СОЛДАТОВА Н. В.², НОСАКИН Е. С.³
**ОТЕЧЕСТВЕННАЯ НАУКА В БОРЬБЕ С ИНФЕКЦИЕЙ: ОТ
 ЗНАХАРСТВА К РАЗРАБОТКЕ СОВРЕМЕННЫХ КЛАССОВ
 АНТИБИОТИКОВ**

*Кафедра факультетской терапии,
 профессиональных болезней и эндокринологии
 Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово¹
 Государственное автономное учреждение здравоохранения «Кузбасская
 областная клиническая больница» имени С. В. Беляева,² г. Кемерово
 Общество с ограниченной ответственностью Вита-Люкс, аптека
 «Витаминка»,³ г. Кемерово*

KLESHCHEVA A. V.¹, KVITKOVA L. V.², SOLDATOVA N. V.², NOSAKIN E.S.³
**DOMESTIC SCIENCE IN THE FIGHT AGAINST INFECTION: FROM
 QUACKERY TO THE DEVELOPMENT OF MODERN CLASSES OF
 ANTIBIOTICS**

*Department of Faculty Therapy, Occupational Diseases and Endocrinology
 Kemerovo State Medical University, Kemerovo¹
 S. V. Belyaev Kuzbass Regional Clinical Hospital, Kemerovo²
 Vita-Lux Ltd, Pharmacy «Vitaminka», Kemerovo³*

Аннотация: в России первые целители- знахари. В 19 веке русские ученые были одними из первых в создании асептики и антисептики, в 20-м веке – в разработке бактериофагов и антибиотиков.

Ключевые слова: отечественные ученые, методы, борьба, инфекции.

Abstract: *in Russia, the first healers are healers. In the 19th century, Russian scientists were among the first in the creation of asepsis and antiseptics, in the 20th century - in the development of bacteriophages and antibiotics.*

Keywords: *domestic researchers, methods, fight, infection.*

Бактерии, вирусы, грибки – одни из самых древних микроорганизмов, созданных природой и невидимых простым человеческим глазом. Нас окружают или живут в нашем организме бесчисленное количество микробов. Они появились раньше нас, развиваются вместе с нами. В борьбе за жизнь колонии микробов увеличиваются и изменяют свои геномы гораздо быстрее человека. Часть из них безвредны, многие трудятся нам во благо, но есть и патогенные штаммы, которые вызывают тяжелые поражения человека с летальным исходом и повинны в опустошительных эпидемиях, резком сокращении продолжительности жизни населения большинства стран планеты [1].

Первая мировая пандемия «Юстинианова чума», унёсшая до 100 миллионов человеческих жизней, была зарегистрирована в Европе с 541 года до середины 8 века. Вторая, наиболее известная эпидемия и пандемия чумы случилась в 14 веке. Распространившись по всей Европе и Востоку, получила название «Черная смерть». Заболевание известно рекордными человеческими потерями: из жизни ушли около 200 миллионов человек, что составляло 60% всего населения Земли. Страшная антисанитария средневековых городов была комфортной почвой для благополучного существования, циркуляции микроорганизмов и возникновения осложнений: нечистоты сливали на улицу, руки не мыли, а одежду стирали только в самом крайнем случае.

В России чума впервые появилась в городе Псков в 1352г., а затем перекинулась в Новгород, свирепствуя на русских Землях до 17 века [2,3]. Наблюдая за течением болезни, наши предки со временем накопили опыт о заразности заболевания и стали одними из первых применять противоэпидемиологические меры: строго запрещалось присваивать личные вещи покойного, их надлежало сжигать. В качестве профилактики лекари рекомендовали поддерживать телесную чистоту, обдавать домашнюю утварь кипятком, целебными настоями и окуриваниями, при возможности немедленно покинуть зачумленное место и уединиться с целью карантина на даче или в родовой вотчине. Россия всегда была не похожа на Запад, всегда шла своим путём, интуитивно выбирая правильный. В борьбе с эпидемиями мы оказывались значительно сильнее других народов. Неслучайно к 15 веку средняя продолжительность жизни человека в России была выше - от 48 до 71 года, чем в Европе - от 34 до 69 лет [4].

Уникальность опыта русского человека в борьбе с инфекцией послужила поводом для проведения настоящего исследования.

Цель исследования - проанализировать развитие подходов отечественной медицины к борьбе с инфекционными заболеваниями в разные периоды

русской истории, обсудить роль отечественных учёных в разработке новых методов лечения инфекционных заболеваний.

Материалы и методы исследования: библиографический и библиометрический методы, анализ и синтез.

Результаты и их обсуждение

Согласно литературным данным, истоки медицины на Руси начинаются со знахарства. В этнографии «Русская народно-бытовая медицина» Попов Г. И, [5] проанализировав материалы этнографических исследований князя Тенишева, пришёл к заключению, что в человеке знахарство закладывается на духовном уровне, проникает в жизнь народа и коренится в его мировоззрении. На Руси болезни считались позором, ибо отражали несовершенство духа человеческого, карой Божьей и излечить их можно только тем, что Господь сам создал, следуя заповедям божьим: святой водой, растительностью и физическими «терзаниями». И эти меры давали значимый эффект, который был не понятен иностранцам, вызывал у них удивление. Так, француз Жак Маржерет в своих очерках описывает, как простолюдины на Руси лечили любую хворь: «брали обычно водки на хороший глоток, засыпали туда заряд аркебузного пороха или же головку толченого чеснока, размешивали это, выпивали и тотчас шли в парильню, столь жаркую, что почти невозможно вытерпеть, и оставались там, пока не пропотеют час или два...» [6].

С древних времен русский человек в борьбе с инфекцией придавал большое значение целительным свойствам растений. Потомки русских целителей трепетно собирали и анализировали накопленные данные о свойствах растений, грибов, выпускали монографии. Так, замечено, что экстракт бузины черной эффективен против штаммов гриппа. Душица, шалфей, базилик, солодка проявляют муколитическое, бактериоцидное и вирусоцидное действие против множества респираторных инфекций. Мелисса действует на энтеровирусы. Лук, чеснок - на риновирусы, а молочай палласа способен подавлять репликацию вируса бешенства [5].

Середина XIX века в России ознаменовалась появлением нового направления в борьбе с инфекционными процессами: асептики и антисептики. В те годы на поле боя газовая гангрена, рожа и дифтерит уносили жизнь каждого четвёртого больного. Большой научный вклад в развитие борьбы с различными инфекциями внёс выдающийся русский хирург Николай Иванович Пирогов. Уже в 1879 году он первым поставил под сомнение учение о миазмах и предположил, что гной несёт в себе споры и яйца различных инфекций, разделил больных на 2 потока: «чистые» и «гнойные» и вплотную подошёл к созданию антисептиков, настойчиво рекомендуя различные способы очищения ран, окуливание с использованием высоких температур, а также применение азотнокислого серебра, винного спирта, сернокислого цинка и камфорного спирта. Другой русский хирург Боярский описал эффект от обработки рук раствором хлорной воды во время операции [7].

Прорывом в борьбе с инфекцией явилось разработка бактериофагов. Бактериофагами (или фагами) называют вирусы, реплицирующиеся в бактериях и вызывающие их лизис. Одним из первооткрывателей бактериофагов в 1917г. был франко-канадский ученый Ф. Д'Эрелль, который выделил, установил некоторые антибактериальные эффекты дизентерийного агента и назвал его бактериофагом. Однако ему не удалось объяснить механизм действия и описать молекулярную структуру бактериофага, ответить на вопрос является ли бактериофаг живым существом или же это агент неживой природы.

Советские ученые смогли ответить на вопросы Ф. Д'Эрелля. В 1929 году харьковские микробиологи М.И. Мельник и И.Е. Ручко завершили изучение профилактических и терапевтических эффектов бактериофагов. Полученные результаты они опубликовали в научной статье в 1930 г. В 1932 г. в СССР издается первая отечественная монография, посвященная бактериофагам, написанная ленинградским микробиологом С.С. Казарновской [8].

З.В. Ермольева пошла значительно дальше: углубила представления о бактериофагах, получила очищенный с помощью эфира бактериофаг, разработала совместно с Л.М. Якобсоном таблетированную форму бактериофага. Достоинствами таблеток бактериофага являлась их высокая эффективность, устойчивость к факторам внешней среды, что не создавало трудностей для хранения и транспортировки препарата. В 1925 г. Зинаида Виссарионовна организовала и возглавила отдел и лабораторию биохимии микробов в Биохимическом институте им. А.Н. Баха (позднее он войдет в состав Всесоюзного института экспериментальной медицины). В тот период в сфере ее научных интересов лежало изучение холеры и холероподобных вибрионов, которые ею были выделены впервые в истории микробиологии. В 1939г. также впервые ею был разработан холерный бактериофаг. Заслуга З.В. Ермолевой определяется решением ряда вопросов химии иммунитета, а также изучением антибактериального агента лизоцима [8].

Внимание советских ученых всегда привлекала возможность использования плодов природы для лечения инфекционных заболеваний. Так, изучение возможности получения бактериофага из овощей и фруктов дало основание Л.М. Якобсон предположить наличие у литических соединений лука, чеснока, моркови и яблок бактерицидного эффекта на кишечную палочку [8].

Появление первых антибиотиков положило начало новой эры в сохранении жизни человека. Это знаменательное событие связывают с именем А. Флеминга, который в 1929 г. выделил пенициллин из плесневых грибов *Penicillium notatum*, губительно действующий на многие микробы. Однако задолго до А. Флеминга (1868–1871 гг.) русские ученые В.А. Манассеин и А.Г. Полотебнов впервые установили антибиотическое действие вещества, выделяемого некоторыми плесневыми грибами. Они использовали зеленую плесень (пеницилл) для лечения гнойных ран и язв. В 1940-х гг. англичане Х. Флори и Э. Чейн выделили из питательной среды, в которой выращивался

грибок, кристаллический пенициллин. Новое лекарство нашло широкое применение в медицине. В Советском Союзе пенициллин был получен примерно в то же время, что и англичанами, но не независимо от них. Эта работа проводилась в лаборатории Всесоюзного института экспериментальной медицины. Наши ученые не имели образцов плесени Флеминга и не знали методов получения очищенного препарата, так как данная информация держалась в секрете от СССР. Поэтому работа проводилась, начиная с нуля. Исследования по получению пенициллина получили значительное ускорение в связи с начавшейся Великой Отечественной войной. Плесень собирали, расставляя чашки с питательной средой в углах московских бомбоубежищ. Из плесени было выделено и тщательно изучено 93 штамма, но отобрана наиболее эффективная плесень - *Penicilium krustozum*, которая выделяла во внешнюю среду пенициллин. Большие трудности возникали при получении чистого пенициллина. Но коллективом ученых под руководством Зинаиды Виссарионовны Ермольевой все работы были завершены в очень короткий срок. Фронт военных действий постоянно приближался, времени для клинических испытаний практически не было. Принято решение направить на передовую под руководством Н.Н. Бурденко бригаду ученых для изучения целебных действий пенициллина непосредственно на бойцах [9].

Вторая мировая война в борьбе с инфекцией ознаменовалась прорывом отечественной медицины. Параллельно с созданием пенициллина, летом 1942 г. русские учёные Г. Ф Гаузе и М. Г. Бражникова изолировали из линии *Bacillus brevis* первый оригинальный отечественный антибиотик грамицидин S (грамицидин советский), оказавшийся весьма эффективным при лечении гнойных инфицированных ран. Его удалось быстро внедрить в практику здравоохранения, и уже в 1943—1944 гг. он широко использовался в госпиталях и в военно - полевых условиях. Он не утратил своего значения и сегодня, успешно применяясь в отоларингологии [10]. В последующие годы в России продолжалась разработка и внедрение новых классов антибиотиков [1].

Выводы

1. Эпидемии в Древнем мире опустошали значительные территории.
2. Первыми целителями инфекционных заболеваний были знахари, использовавшие лечебные свойства растений, грибов.
3. Первое научное направление в борьбе с инфекцией - антисептика и асептика появилось в России в 19 в. и связано с именем Н.И. Пирогова.
4. Следующим научным направлением в противoinфекционной борьбе явилась разработка и создание в 20-м веке таблетированных форм бактериофагов при участии З.В. Ермольевой.
5. Появление первых антибиотиков пенициллина, грамицидина и массовое их производство связано с именами отечественных ученых З.В. Ермольевой и Г. Ф Гаузе, М.Г. Бражниковой.

6. Мы должны помнить и гордиться вкладом отечественных ученых в борьбу с инфекционными заболеваниями, и эти сведения доносить до студентов, клинических ординаторов, врачей.

Источники и литература / Sources and references

1. Зверев В. В. Медицинская микробиология, вирусология и иммунология. ГЭОТАР – Медиа. - 2010. – Т. I. – С 21, с.216.
2. Псковская 1-я летопись. Полное собрание русских летописей. М.: Языки славянской культуры, 2003. - Т. V, вып. 1, 256 с.
3. Хвольсон Д. А. Дополнения и поправки к статьям «Несторианские надписи из Семиречья» // Записки Восточного отделения Императорского Русского Археологического общества. СПб.: Тип. Имп. Академии Наук, 1887. -Т. I. - С. 202–308.
4. Брилева О. А. Биоархеологическая реконструкция позволяет узнать о жизни людей, от которых только кости остались // Коммерсантъ Наука. – 2011, №2. - С 61.
5. Попов Г. И. Русская народно-бытовая медицина: по материалам этнографического бюро князя В. Н. Тенишева. СПб.: типография А. С. Суворина, 1903. - Т. VIII, 404 с.
6. Данилов А. А., Л. Г. Косулина История России (конец XVI - XVIII век). Учебник 7 класс. М.: Просвещение, 2005. С. 90-91.
7. Брейдо И. С. История антисептики и асептики в России / И. С. Брейдо.- М. : Медгиз, 1956. - 196 с.
8. Горешин А. В. История изучения бактериофагов советским микробиологом Зинаидой Виссарионовной Ермольевой в 1930-е годы // Самарский государственный вестник. - 2022. – Т.11, № 2. - С. 212-216.
9. Сидоренко, О. Д. Академик Зинаида Виссарионовна Ермольева и антибиотики (к 120-летию со дня рождения) / О. Д. Сидоренко // Известия Тимирязевской сельскохозяйственной академии. – 2019., № 5. – С. 168-173.
10. Князева А. В. Ученые Г. Ф. Гаузе и М. Г. Бражникова – создатели оригинального антибиотика в годы Великой Отечественной войны // Альманах молодой науки. - 2021, № 1(40). - С. 21-22.

КОБЕЛЬКОВА И. В.^{1,2}, КОРОСТЕЛЕВА М. М.^{1,3}

ИСТОРИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РАЗВИТИЕ ИДЕЙ АНТРОПОНУТРИЦОЛОГИИ КАК НОВОГО НАУЧНОГО НАПРАВЛЕНИЯ В ФГБУН «ФИЦ ПИТАНИЯ И БИОТЕХНОЛОГИИ»

*Федеральное государственное бюджетное учреждение науки Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи,
г. Москва¹*

Академия постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, г. Москва²

KOBELKOVA I. V.^{1,2}, KOROSTELEVA M. M.^{1,3}**THE HISTORY OF THE ORIGIN AND DEVELOPMENT OF IDEAS OF ANTHROPONUTRIENTOLOGY AS A NEW SCIENTIFIC DIRECTION IN THE FRC OF NUTRITION AND BIOTECHNOLOGY***Federal Research Center for Nutrition, Biotechnology and Food Safety, Moscow¹**Academy of Postgraduate Education of FSBI FNCC FMBA of Russia, Moscow²**Peoples' Friendship University of Russia, Moscow³*

Аннотация: в ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии» разработаны методические рекомендации по проведению исследований в области антропонутрициологии с применением классических методов комплексной антропометрии. Задачи сотрудников лаборатории включают проведение фундаментальных исследований в области питания и физического развития спортсменов разных видов спорта, использование генетических подходов к персонализации питания спортсменов для повышения их адаптационного потенциала. Доказана взаимосвязь антропометрических показателей и особенностей фактического питания: выявлены значимые корреляционные связи между особенностями физического статуса, двигательной активности. В лаборатории антропонутрициологии и спортивного питания ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии» разработан ряд методических рекомендаций по спортивной антропологии и питанию спортсменов.

Ключевые слова: антропонутрициология, спортсмены, спортивное питание.

Abstract: the FRC of Nutrition and Biotechnology has developed methodological recommendations for conducting research in the field of anthroponutritionology using classical methods of complex anthropometry. The tasks of the laboratory staff include conducting fundamental research in the field of nutrition and physical development of athletes of various sports, using genetic approaches to personalize athletes' nutrition to increase their adaptive potential. The interrelation of anthropometric indicators and the features of actual nutrition is proved: significant correlations between the features of physical status and motor activity are revealed. A number of methodological recommendations on sports anthropology and nutrition of athletes have been developed in the laboratory of Anthroponutritionology and sports Nutrition of the FRC of Nutrition and Biotechnology.

Keywords: anthroponutritionology, athletes, sports nutrition.

Антропонутрициология объединяет направления, связанные с изучением фактического питания, генетических особенностей метаболизма, их влияния на пищевой статус, в части антропометрических данных и показателей физического

развития, и состояние здоровья. Правильно организованное питание - важнейший фактор максимально эффективной тренировочной и соревновательной деятельности, а также быстрого восстановления после окончания соревнований, в том числе в условиях стационарного лечения травм и других заболеваний спортсменов.

Материалы и методы: на основе анализа данных литературы, архива изучена история возникновения и развития антропонутиологии в ФГБУН ФИЦ питания и биотехнологии.

Во второй половине XX в. вместе с развитием спортивной медицины сотрудники Института питания РАМН изучали влияние не только фактического питания в целом, но и отдельных компонентов пищевых продуктов на спортивные результаты и состояние здоровья спортсменов. Основоположником этого научного направления в Институте питания можно считать академика А.А. Покровского, состоявшего в группе Минздрава СССР по медицинскому обеспечению и подготовке советских спортсменов к участию в Олимпийских играх в 1972 и 1976 гг. На протяжении ряда лет над этой темой работали К.А. Ларичева, К.А. Коровников, К.П. Стасенкова, Г.А. Азизбекян, Г.И. Бондарев Н.И. Яловая, Гаджиева и др.

В разные годы XX в. в Институте питания находились под наблюдением и получали индивидуальные рекомендации по питанию знаменитые отечественные спортсмены - двукратные олимпийские чемпионы и чемпионы мира по тяжелой атлетике Ю.П. Власов и Л.И. Жаботинский, по легкой атлетике В.Ф. Борзов, многократный чемпион мира по шахматам А.Е. Карпов [1, 2].

В 1975 г. совместно с Комитетом по физической культуре и спорту при Совете министров СССР, Министерством здравоохранения СССР и Научным советом АМН СССР по медицинским проблемам физической культуры и спорта были изданы систематизированные научно обоснованные Рекомендации по питанию спортсменов под редакцией А.А. Покровского. Это был важный практический шаг к составлению научно обоснованных рационов для спортсменов разных видов спорта с указанием норм потребления белков, жиров, углеводов, макро- и микроэлементов, витаминов. В зависимости от того, какое качество является определяющим в разных видах спорта - сила, выносливость или координация, рекомендовали соответствующий рацион.

В этот период разрабатывали не только рационы питания, но и пищевые продукты для питания спортсменов, называемые сегодня специализированными. Например, исследования эффективности углеводного и белкового специализированных продуктов показали, что максимальной оптимизации показатели метаболического статуса велосипедистов (гонки на шоссе) достигают в условиях их комплексного применения, но не по отдельности. Эти продукты были запатентованы.

В конце 20-го века была организована Лаборатория спортивного питания с группой алиментарной патологии, которую возглавил являющийся в настоящее

время директором ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии» академик РАН **Дмитрий Борисович Никитюк**.

В настоящее время работа сотрудников лаборатории антропонутиологии и спортивного питания направлена на проведение фундаментальных исследований в области питания и физического развития спортсменов разных видов спорта и различного уровня спортивной квалификации. Антропологический компонент обеспечивает определение уровня физического развития и показателей пищевого статуса, как каждого индивидуума, так и популяции в целом, разработку дифференцированных стандартов физического развития разных групп детского и взрослого населения с учётом многочисленных факторов (возрастных, гендерных, этнотерриториальных и других). Пищевой статус оценивается на основании информации о персональных характеристиках организма (метаболом, протеомом, геном), то есть учитывает влияние генетически обусловленных конституционных особенностей на индивидуальные потребности организма в энергии и пищевых веществах. Для спортсменов определенных видов спорта характерны типичные антропометрические показатели и конституциональные характеристики, являющиеся необходимыми объективными ориентирами на этапе проведения спортивного отбора.

Нутриом представляет собой совокупность алиментарных факторов, необходимых для поддержания динамического равновесия между человеком как сформировавшимся в процессе эволюции биологическим видом и окружающей средой, направленную на обеспечение жизнедеятельности, сохранение и воспроизводство вида, поддержание адаптационного потенциала организма, системы антиоксидантной защиты, апоптоза, метаболизма, функции иммунной системы.

Нутриом является формулой оптимального питания, которая постоянно совершенствуется и дополняется. В комплекс нутриома входят нормы физиологических потребностей в энергии и эссенциальных пищевых веществах, адекватные уровни потребления для пищевых и биологически активных веществ, эссенциальность которых еще не доказана, но имеются убедительные научные данные, подтверждающие их важную роль как экзогенных регуляторов метаболизма, а также оптимальные соотношения долей макронутриентов в калорийности рациона. Знание этой формулы является ключом к формированию оптимальной для человека структуры питания, а значит и к сохранению его здоровья [3]. Использование современных подходов и научных разработок к определению и коррекции нутриома и пищевого статуса может обеспечить гармонизацию физического развития человека [4, 5].

Важным разделом работы лаборатории является комплексная оценка персональных энерготрат в покое и при различных уровнях физической активности. Разработан и запатентован «Способ количественного определения персонализированных суточных энерготрат человека» (№ 2699953), с помощью

которого изучают энерготраты спортсменов различных групп спорта как при проведении тренировок различной направленности и соревнований, так и среднесуточные в дни спортивной деятельности или отдыха и восстановления. Исследование суточных энерготрат показало их существенные различия у спортсменов, зависевшие от пола, массы тела и вида спорта.

Фактическое питание спортсменов изучают частотным методом с использованием компьютерной программы «Анализ состояния питания человека» (версия 1.2.4 ГУ НИИ питания РАМН 2004 г., программа зарегистрирована Российским агентством по патентам и товарным знакам 09.02.2004 № 2004610397). Оценка фактического питания, изучение биохимических показателей и витаминной обеспеченности иммунного статуса организма спортсменов проводятся для понимания их соответствия уровню и виду физической активности с учетом возрастных, гендерных особенностей, вида спортивной специализации и фазы спортивной деятельности. За этим следует и кардинально отличающаяся тактика введения в рацион специализированных пищевых продуктов и БАД к пище, различных по составу и дозировке [6].

Научно обоснованы критерии разработки групповых рационов питания спортсменов, предложено 15 среднесуточных продуктовых наборов для спортсменов различных видов спорта, 5 методических рекомендаций по профилактике нарушений обмена веществ и 5 по профилактике дегидратации для спортсменов циклических, силовых, игровых видов спорта и единоборства.

Выводы

Исследования в области антропонутиологии, направленные на выявление взаимосвязи фактического питания, пищевого статуса и физического развития, играют ведущую роль в рамках реализации национальных проектов "Демография" и "Здравоохранение". Внедрение образовательных программ в спортивную практику поможет повысить осведомленность в области питания, оптимизировать их адаптационный потенциал и результативность, обеспечить профилактику алиментарнозависимых неинфекционных заболеваний.

Источники и литература / Sources and references

1. Никитюк Д.Б., Коростелева М.М. Антропонутиология: антропология для гигиенической объективизации состояния физического развития населения при воздействии алиментарного фактора (обзор литературы). Здравоохранение Российской Федерации. 2022. Т. 66. № 5. С. 417-423. DOI: 10.47470/0044-197X-2022-66-5-417-423
2. Петухов А.Б., Никитюк Д.Б., Новодранова В.Ф. Наука о питании: термины как средство выражения понятий в сфере научного мышления и инструмент познания Вопросы диетологии. 2022. Т. 12. № 3. С. 38-44.

3. Методические рекомендации МР 2.3.1.0253-21 "Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации" (утв. Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека 22 июля 2021 г.). <http://web.ion.ru/files/Нормы%20физиологических%20потребностей%202021.pdf>
4. Рожкова Е.А., Клочкова С.В., Бадтиева В.А., Никитюк Д.Б., Леонова Н.М. Вопросы организации питания лиц, занимающихся спортом Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2021. Т. 98. № 3-2. С. 165-166.
5. Попова А.Ю., Тутельян В.А., Никитюк Д.Б. О новых (2021) нормах физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации. Вопросы питания. 2021. Т. 90. № 4 (536). С. 6-19.
6. Тутельян В.А., Никитюк Д.Б., Погожева А.В. Спортивное питание: от теории к практике. Москва. - ООО «Торговый дом «ДеЛи». - 2020.

КУРЬЯЗОВ А. К.

ВКЛАД ВЫДАЮЩИХСЯ РОССИЙСКИХ И АЗИАТСКИХ УЧЕНЫХ МЕДИКОВ В РАЗВИТИЕ СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

*кандидат медицинских наук, доцент кафедры стоматологии
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, г. Ургенч,
Республика Узбекистан*

KURYAZOV A. K.

THE CONTRIBUTION OF THE OUTSTANDING RUSSIAN AND ASIAN MEDICAL SCIENTISTS TO THE DEVELOPMENT OF PEDIATRIC DENTISTRY

*Department of Dentistry
Tashkent Medical Academy, Urgench Branch, Republic of Uzbekistan*

***Аннотация:** стоматология относится к наиболее древним разделам медицинской науки, имеющим свои закономерности развития, отражающие возможности и уровень научных достижений различных исторических эпох. При этом существующие исторические факты позволяют нам предположить периодичность становления не только стоматологии как направления медицины, но и ее основных дисциплин.*

***Ключевые слова** ученые, медицина, болезнь, заболевание, медик, ученые, история медицины.*

***Abstract:** dentistry belongs to the most ancient branches of medical science, which have their own patterns of development, reflecting the capabilities and level of scientific achievements of various historical eras. At the same time, the existing*

historical facts allow us to assume the periodicity of the formation of not only dentistry as a branch of medicine, but also its main disciplines.

Keywords: *scientists, medicine, disease, disease, medical, scientists, isiry of medicine.*

Стоматология детей во всем мире - это одна из самых молодых и сложных клинических дисциплин, интенсивно развивающаяся. Детская стоматология развивалась по мере накопления знаний по медицине и стоматологии в целом, не сразу стала самостоятельной наукой. Из истории нам известно, что Гиппократом и Сораном Эфесским были получены первые данные о прорезывании зубов. В труде Ибн Сины «Канон медицины» содержатся обширные сведения о прорезывании, росте и строении зубов в различном возрасте. Французский хирург Пьер Фошар является основателем ортодонтии, он занимался исправлением дефектов неправильного роста зубов и челюстей.

В царской России государственной системы детской стоматологической службы не было. В российской литературе конца XVIII – начала XIX века появились следующие работы: Н. М. Амбодик-Максимович – советы о гигиене полости рта ребенка; учебник И. Ф. Буша «Руководство к преподаванию хирургии» о причинах неправильного прорезывания зубов и способах их устранения [1]. В книге А. М. Соболева «Дантистика, или зубное искусство с приложением детской гигиены» (1829 г.) большое внимание уделялось вопросам детской стоматологии, классификации аномалий прикуса с их этиологией и способами лечения. Н. И. Пироговым проведены пластические операции на лице у детей, в том числе хейлопластика.

В дореволюционной России выдающиеся деятели отечественной медицины (Н. П. Гундобин, М. М. Чемоданов, Д. Е. Горохов уделяли большое внимание вопросам детской стоматологии [2]. Особый вклад внес Н. Ф. Склифасовский, применив первый местный наркоз при операции по расщелине твердого неба, а в 1872 г. он высказался за необходимость планового оздоровления полости рта у школьников [3].

Основателем детского зубооравчования в России является А. К. Лимберг, организовавший в 1866 г. первую в России бесплатную школьную зубооравчебную амбулаторию и разработавший проекты по организации зубооравчебной помощи. В мае 1918 г. была создана зубооравчебная секция при Наркомздраве, возглавляемая П. Г. Дауге. К 1919 г. в Москве было 8 специализированных кабинетов по приему детей [4]. Выделению детской стоматологии в самостоятельный раздел способствовало внимание, уделяемое ей на всех одонтологических съездах, конференциях, совещаниях. На I, II, III одонтологических съездах рассматривались вопросы профилактики и лечения заболеваний зубов у детей [5]. В 20–30-е гг. Н. И. Агаповым был создан новый метод плановой профилактической санации полости рта у детей. В 1927 г. Н. А. Семашко указал на то, что «... здоровая полость рта ребенка является

предпосылкой здоровья в этой области взрослого населения» [6]. Значительный вклад в разработку и внедрение достижений в практику детской стоматологии сделали А. И. Евдокимов, Е. Е. Платонов, И. О. Новик, Т. Т. Школяр [7]. В развитии и укреплении основ ортодонтии значительна роль Б. Н. Бынина, А. И. Бетельмана, Д. А. Калвелиса, Л. В. Ильиной-Маркосян, Я. С. Хургиной, а в детской хирургической стоматологии – А. А. Лимберга, Ф. М. Хитрова, А. А. Колесова, Р. Д. Новоселова, Б. Н. Давыдова. В 1963 г. создана первая в СССР кафедра стоматологии детского возраста в ММСИ под руководством А. А. Колесова. V Всесоюзный съезд стоматологов (1968 г.) был полностью посвящен проблемам стоматологии детского возраста. VI Всесоюзный съезд стоматологов (1975 г.) принял классификацию заболеваний пародонта у детей. В 1984 г. была введена специальность «врач-стоматолог детский» [7,8]. В 1986 г. – организована кафедра стоматологии детского возраста в Центральном институте усовершенствования [9,10]. Последующее создание подобных кафедр в Пермском, Калининском, Полтавском, Ленинградском и других институтах [9]. В настоящее время в Российской Федерации насчитывается около 27 кафедр. В Нижнем Новгороде стоматологический факультет был создан в 1988 г. С 1988 по 2000 гг. кафедра стоматологии детского возраста находилась в составе кафедры терапевтической стоматологии. Самостоятельной кафедра стала 1 сентября 2001 [11]. г. Руководит кафедрой к. м. н., доцент С. Ю. Косюга. Стоматология детского возраста является приоритетным направлением в нашей стране, поскольку здоровье нации напрямую зависит от здоровья подрастающего поколения

Источники и литература / Sources and references

1. Аржанов Н. П. Роли частной инициативы и государства в эволюции стоматологического образования в российской империи. 1. От «импорта» до первой школы. – Стоматолог, 2003, №2, с.63–68. 2. Аржанов Н. П. Роли частной инициативы и государства в эволюции стоматологического образования в российской империи.
2. Расцвет зубоврачебных школ «нового устройства». – Стоматолог, 2003, №4, с.38–42. 3. Аржанов Н. П. Роли частной инициативы и государства в эволюции стоматологического образования в российской империи.
3. Неудачная попытка «окончательного решения» проблемы дантистов и зубных техников. – Стоматолог, 2003, №6, с.49-54. 4. Аржанов Н. П. Роли частной инициативы и государства в эволюции стоматологического образования в российской империи.
4. Парадоксы критики «школьной» системы. – Стоматолог, 2003, №8, с.51-55.
5. Алексеева Е. В. Исторический опыт интеграции медицинских наук на основе изучения заболеваний слизистой рта. – Москва, 1993.
6. Мушкина Е. Р. Век одной семьи. – М.: Крук, 2001. – 320с.

7. Личный архив внучки И. М. Коварского – М. Я. Зильберг
8. Троянский Г. Н. История советской стоматологии. – М.: Медицина, 1983. – 144 с.
9. Троянский Г. Н. История развития ММСИ им. Н. А. Семашко. – М.: ММСИ им. Н. А. Семашко, 1987. – 34с.
10. Троянский Г. Н., Алексеева Е. В. Стоматологическая клиника 20-х годов (К 65-летию со дня создания Государственного института зубоврачевания). – Стоматология, 1987, №4, с.66-67.
11. Троянский Г. Н., Залецкая Р. А., Алексеева Е. В. Михаил Болеславович Янковский (К 120-летию со дня рождения). – Стоматология, 1988, №3, с.82-83.

МИНГАЗОВ И. Ф., ГЕРАСИМОВА Э. В., ПОЛЯКОВ А. Я.

**НЕКОТОРЫЕ ШТРИХИ К ИСТОРИИ СТАНОВЛЕНИЯ И
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НОВОСИБИРСКОГО НАУЧНО-
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ИНСТИТУТА ГИГИЕНЫ**

Научно-методический отдел

ФБУН «Новосибирский НИИ гигиены» Роспотребнадзора, г. Новосибирск

MINGAZOV I. F., GERASIMOVA E. V., POLYAKOV A. YA.

**SOME TOUCHES TO THE HISTORY OF THE FORMATION AND
ACTIVITY OF THE NOVOSIBIRSK RESEARCH INSTITUTE OF
HYGIENE**

Scientific and Methodological Department

Novosibirsk Research Institute of Hygiene, Novosibirsk

***Аннотация:** статья посвящена началу деятельности Западно-Сибирского краевого института по изучению профзаболеваний.*

***Ключевые слова:** Западно-Сибирский краевой институт по изучению борьбы с профессиональными болезнями, Западно-Сибирский край, Исследования.*

***Abstract:** the article is devoted to the beginning of the activity of the West Siberian Regional Institute for the Study of Occupational Diseases.*

***Keywords:** West Siberian Regional Institute for the Study of Occupational Diseases, West Siberian Region, Research.*

Цель исследования – ретроспективный анализ материалов по началу деятельности Западно-Сибирского краевого института по изучению профзаболеваний.

Материалы и методы исследования

Основная работа проведена по изучению архивных материалов. Исследованы литературные и архивные источники.

Результаты и их обсуждение

Территория Новосибирской области до 1921 г. входила в состав Томской губернии. Начиная с 1921 и по 1925 г. – Новосибирская область входила в состав Новониколаевской губернии. В декабре 1925 года г. Новониколаевск постановлением I-го Сибирского съезда Советов был переименован в г. Новосибирск. С 1925 и по 1930 г. Новосибирская область входила в состав Сибирского края с центром в г. Новосибирске в составе губерний: Омской, Новониколаевской, Алтайской, Томской, Енисейской, а также автономной области Ойротии. К концу 1925 года губернская административно-территориальная система была упразднена. Вместо губерний появились округа. С 1930 по 1937 г. входила в состав Западно-Сибирского края с центром в г. Новосибирске. Округа, как форма объединения территорий, были упразднены. Основной административной единицей стали районы, непосредственно входившие в состав Западно-Сибирского края. В конце 1934 г. из его состава выделились города и районы, образовавшие Омскую область и Красноярский край. К 1937 г. в границы Западно-Сибирского края территориально входили Новосибирская, Кемеровская, Томская области, Алтайский край и республика Алтай. С 28 сентября 1937 года вновь образована Новосибирская область путем разделения Западно-Сибирского края на Новосибирскую область и Алтайский край. В 1943 году из состава Новосибирской области была выделена Кемеровская область и в 1944 году – Томская область.

В марте 1923 года отдел здравоохранения Сибревкома был преобразован вследствие передачи его функций управлению уполномоченного Наркомздрава РСФСР по Сибири. Однако в 1925 г. прежняя структура отдела здравоохранения Сибревкома восстанавливается, и в 1925 году вновь создается Сибирский краевой отдел здравоохранения. 14 марта 1924 г. в г. Новониколаевске проходил съезд работников здравоохранения Сибири с участием наркома здравоохранения Н.А. Семашко. Съезд наметил мероприятия по широкому развертыванию санитарной помощи населению, увеличению мощности коечной сети и действий по борьбе с социальными болезнями. Одним из направлений деятельности является и профилактика профессиональной заболеваемости.



Н.А. Семашко

18 января 1928 г. в Новосибирске работал И.В. Сталин. И.В. Сталин выступает с докладом на заседании Сибкрайбюро РКП(б) (разработка мероприятий по крестьянству за срыв поставок хлеба государству и развертывание кампании коллективизации. В 1928 г. в г. Новосибирске с населением в 150 тысяч человек уже функционировали 8 больниц, 13 амбулаторий, акушерско-гинекологическая больница. 1929 год запомнился жителям Сибири как тяжелый и неурожайный.

На огромной территории разворачивалось строительство промышленных объектов. Так в Кемеровской области с началом строительства Кузнецкого металлургического комбината в 1929-1930 годов на стройку в поселок Садгород (позже переименованный в город Сталинск и Новокузнецк) приехало много рабочих и строителей. Население жило в землянках и бараках. С 1930 года начались земляные работы по подготовке к строительству основных металлургических цехов Кузнецкого металлургического завода, а уже 3 апреля 1932 получен первый чугун. Одной из основных задач Сибкрайздрава ставилась профилактика высокого уровня заболеваемости в том числе и профессиональной заболеваемости.

Заседание Западно-Сибирского Краевого Исполнительного комитета Совета 3-го созыва под председательством т. Воронина и т. Базовского, на котором решалась судьба института, состоялось 17.12.1929 года. На заседании тридцать пятым вопросом был заслушан доклад Сибкрайздрава «Об утверждении временного положения в Сибирском краевом институте по изучению борьбы с профессиональными болезнями». Решение. Утвердить (приложение при подлинном протоколе) с возложением содержания института по смете Сибкрайздрава за счёт фонда медпомощи (Доклад Сибкрайздрава д.13-3) [1].

Ряд документов заведующего Сибкрайздравом Тракмана, доказывают, что организационно институт уже работал до декабря 1929 года. Так согласно Приказа №21 Сибкрайздрава от 24 ноября 1929 года в ВРИО директора Краевого Института по изучению борьбы с профессиональными болезнями товарищ В.П. Акрамовскую возвратившуюся из Москвы, полагать приступивший к исполнению своих служебных обязанностей с 15 ноября 1929 года. Заведующий Сибкрайздравом Тракман. Согласно Приказа №23 Сибкрайздрава от 29.11.1929 года Делопроизводитель Сибкрайздрава товарищ Прокошев Анатолий откомандирован с 1 декабря 1929 года в распоряжении директора Краевого Института профзаболеваний для назначения на соответствующую должность. Основание ходатайство директора Краевого Института по изучению борьбы с профессиональными болезнями. [1-6].



Первое помещение Западно-Сибирского краевого института по изучению профзаболеваний базировалось в здании центральной поликлиники (введен в эксплуатацию с 01.01.1930 г.) по улице Серебренниковская, 42 (в это время временно до 1932 исполняла обязанности директора В.П. Акрамовская).

В 1938 г. Институт переехал в здание бывшего Углехимического Института по улице Кольцова, 136, где находился до 1969 года. По данным годового отчета института за 1932 год основными направлениями научной деятельности являлись: травматизм и заболевания глаз у горнорабочих г. Прокопьевска; лямблиоз у шахтёров; рационализация и оздоровление режима труда при угледобыче; изучение сердечно-сосудистой системы в связи с производительностью труда; производительность труда и изменения в крови у шахтёров при работе в противогазах; капилляроскопия у шахтеров работающих с отбойным молотком; изучение остроты зрения; санитарно-гигиеническая характеристика инертной пыли в шахтах; производственная гимнастика шахтеров; пути родовспоможения во 2-й пятилетке; ясельное обслуживание во 2-й пятилетке по Западно-Сибирскому краю; питание в яслях; школьная парта и их рациональное использование; опыт организации и проведения врачебного контроля в шахтах [1-6].

Из отчёта за 1932 год в институте работали 29 научных работников (15 научных работников работали только в учреждении и 14 совмещали работу в других учреждениях, все с высшим образованием) - в том числе две единицы — это директор и заместитель директора, заведующие отделами и секторами - 7 единиц, вспомогательный персонал 8 единиц, административно-хозяйственный отдел 4 единицы и младший обслуживающий персонал 2 единицы. Организационно в институте функционировали подразделения: профгигиены и профсанитарии; отдел здоровья детей и подростков; отдел охраны материнства и детства, отдел физкультуры, отдел организации здравоохранения, отдел коммунальной санитарии; биохимическая лаборатория. Из отчёта по деятельности института выявлено, что в 1933 году работали уже 5 аспирантов. Два сотрудника института приняли участие в научных съездах были 4 публикации. Общий годовой бюджет учреждения за 1932 год составил 208708 руб. В последующие годы профиль работы и организационная структура Института неоднократно менялись.

В 1932 году институт был реорганизован в Западно-Сибирский Краевой Институт соцздравоохранения и гигиены (Приказ № 32 от 9 февраля 1932 г. по Запсибкрайздраву). Директором Краевого Института соцздравоохранения и гигиены была утверждена профессор Елизавета Константиновна Голубева (годы жизни 1889—1936). Голубева Е.К. с 1910 г. еще студенткой медицинского института в г. Петербурге принимает участие в революционном движении. Затем в годы гражданской войны в рядах 5-й армии Голубева Е.К. борется в Сибири с колчаковцами. После восстановления Советской власти в Сибири Голубева Е.К. ведет большую работу по организации здравоохранения. Она возглавляла институт с 1932 по 1936 годы и считается одним из первых его организатором. В институте начинают работать такие ученые, как профессор А.Л. Мясников, профессор Д.И. Каган, профессор И.С. Пентман, профессор В.А. Шохрин, Т.А. Николаева, профессор В.А. Пулькис, доцент В. К. Карпов. Научно-

исследовательская тематика отделов отражала запросы развивающейся индустрии Западно-Сибирского края — угольной, черной и цветной металлургии, золотодобывающей и химической промышленности. 09.02.1935 г. Институт вновь реорганизован в Научно-исследовательский институт гигиены и санитарии (по углю, черным и цветным металлам).

В 1941 году реорганизован в Новосибирский областной научно-исследовательский санитарный институт. С 1955 г. это уже «Новосибирский научно-исследовательский санитарный институт Минздрава РСФСР». С 1982 г. «Новосибирский научно-исследовательский институт гигиены Министерства здравоохранения РСФСР». С 1989 г. «Новосибирский филиал НПО «Гигиена и профпатология Минздрава РСФСР». С 1991 г. Новосибирский филиал НПО «Гигиена и профпатология Госкомсанэпиднадзора РФ». С 1995 г. «Новосибирский НИИ гигиены Госкомсанэпиднадзора РФ». С 1997 г. Новосибирский НИИ гигиены Минздрава России. С 2003 г. ГУ «Новосибирский НИИ гигиены Минздрава России». С 2005 г. ФГУН «Новосибирский НИИ гигиены» Роспотребнадзора. С 2011 г. Федеральное бюджетное учреждение науки «Новосибирский научно-исследовательский институт гигиены» Роспотребнадзора. На протяжении первых трех десятилетий институт являлся единственным от Урала до Дальнего Востока научно-исследовательским учреждением общегигиенического профиля, на которое возлагалась обязанность оказания научно-методической помощи санитарно-эпидемиологической службе Новосибирской, Томской и Омской областей, Красноярского края и Тувинской АССР, Кемеровской области и Алтайского края. Исследования проводились на кемеровских заводах - коксохимическом, гидрогенизационном, азотнотуковом, а также на Новосибирском заводе синтетической камфары. На этих объектах изучались условия труда, состояние здоровья рабочих, роль отдельных химических материалов в профпатологии, общая и профессиональная заболеваемость, токсические свойства химических продуктов [7-8].

Директора Сибирского краевого института по изучению профзаболеваний



Голубева
Елезавета
Константиновна,



Шохрин
Всеволод
Афанасьевич



Ицкович
Александр
Аркадьевич,



Горбачев
Евгений
Матвеевич

директор с 1932 по 1936 годы



Николаева
Тамара
Александровна
к.м.н.
Директор
(декабрь 1940 -
июнь 1941 гг.)

директор с 1937 по 1940 годы



Поляков
Анатолий
Яковлевич
Директор, к.м.н.
с 1990 по 2013
годы

с 1955 по 1958 г.
к.м.н.



Турбинский
Виктор
Владиславович
Директор, д.м.н.
с 2013 по 2018 гг

директор с 1959
1990 г., к.м.н.



Новикова Ирина
Игоревна
Директор,
д.м.н., профессор
с 2018 по
наст. время

Выводы

Изученные архивных источников показывает, что заседание Западно-Сибирского Краевого Исполнительного комитета Совета 3-го созыва под председательством т. Воронина и т. Базовского, на котором решалась судьба института, состоялось 17.12.1929 года. На заседании был заслушан доклад Сибкрайздрава «Об утверждении временного положения в Сибирском краевом институте по изучению борьбы с профессиональными болезнями». Решение. Утвердить (приложение при подлинном протоколе) с возложением содержания института по смете Сибкрайздрава за счёт фонда медпомощи. Первое помещение Западно-Сибирского краевого института по изучению профзаболеваний базировалось в здании центральной поликлиники (введен в эксплуатацию с 01.01.1930 г.) по улице Серебренниковская, 42 (в это время временно до 1932 исполняла обязанности директора В.П. Акромовская).

Исследования проводились на кемеровских заводах – коксохимическом, гидрогенизационном, азотно-туковом, а также на Новосибирском заводе синтетической камфары. На этих объектах изучались условия труда, состояние здоровья рабочих, роль отдельных химических материалов в профпатологии, общая и профессиональная заболеваемость, токсические свойства химических продуктов. На протяжении первых трех десятилетий институт являлся единственным от Урала до Дальнего Востока научно-исследовательским учреждением общегигиенического профиля, на которое возлагалась обязанность оказания научно-методической помощи санитарно-эпидемиологической службе Новосибирской, Томской и Омской областей, Красноярского края и Тувинской АССР, Кемеровской области и Алтайского края. Ряд документов заведующего

Сибкрайздравом Тракмана, доказывают, что организационно институт уже работал до декабря 1929 года.

Источники и литература / Sources and references

1. ГАНО. Фонд Р-1353 Отдел здравоохранения Исполнительного комитета Западно-Сибирского краевого Совета депутатов трудящихся, г. Новосибирск, 02.12.1925 - октябрь 1937 г.
2. ГАНО. Фонд Р-1353 Описание 1. Новосибирский филиал научно-практического объединения "Гигиена и профпатология" Государственного комитета РФ санитарно-эпидемиологического надзора, г. Новосибирск, 17.12.1929 - по наст. вр.
3. ГАНО. Отчет за 1932 год. Р-1353. Описание 1. Дело 85 Годовые отчеты НИИ крайздрава за 1932 г.
4. ГАНО. Отчет за 1932 год. Р-1353. Описание 1. Дело 53 Штатное расписание Крайздравотдела
5. ГАНО. Фонд Р-1353 Описание 1. Дело 47 Приказы по Крайздравотделу
6. ГАНО. Фонд Р-1353 Описание 1. Дело 49 Протоколы заседания бюджетной комиссии
7. Новикова И.И., Михеев В.Н., Мингазов И.Ф., Щербатов А.Ф., Крига А.С. Из истории создания и развития санитарно-эпидемиологической службы Новосибирской области. // Здоровье населения и среда обитания. - 2022. – № 7. – С. 80-83. URL: file:///C:/Users/admin/Downloads/842-2938-1-PB%20(1).pdf
8. Поляков А.Я. Научно-практическая деятельность Новосибирского НИИ гигиены по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения в сибирском регионе. Проблемы охраны здоровья населения и обеспечения гигиенической и эпидемиологической безопасности окружающей среды Сборник статей, посвященных 85-летию службы. Новосибирск 2007 г.с.512 с35-42.

МИНЕНОК В. А., БОЛДИНА Н. В.

НИКОЛАЙ ФЕДОРОВИЧ ГАМАЛЕЯ – БРЕНД ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВИРОСОЛОГИЧЕСКОЙ ШКОЛЫ

Курский государственный медицинский университет, г. Курск

MINENOK V. A., BOLDINA N. V.

NIKOLAY FEDOROVICH GAMALEYA – THE BRAND OF THE RUSSIAN VIROSOLOGICAL SCHOOL

Kursk State Medical University, Kursk

Аннотация: в статье рассмотрены заслуги Н.Ф. Гамалея в развитии отечественной микробиологии, вирусологии и эпидемиологии. Большая роль отведена борьбе Н.Ф. Гамалея с бешенством, холерой, оспой.

Ключевые слова: Н. Ф. Гамалея, микробиология, вирусология, эпидемиология.

Abstract: the article considers the merits of N.F. Gamalei in the development of domestic microbiology, virology and epidemiology. A big role is assigned to N. F. Gamalei's fight against rabies and cholera, smallpox.

Keywords: N. F. Gamaleya, microbiology, virology, epidemiology.

Цель исследования – рассмотреть заслуги Н.Ф. Гамалея в микробиологии, вирусологии и эпидемиологии.

Материалы и методы исследования

Материалами для настоящего исследования послужили доступные литературные источники по теме исследования. В ходе работы использовались следующие методы: анализ публикаций по теме исследования, обобщение и синтез.

Результаты и их обсуждение

Труды Н.Ф. Гамалея оказали значительное влияние на развитие отечественной медицины. Ему принадлежит ряд важнейших открытий в области микробиологии и эпидемиологии, он по праву является основоположником современной вирусологии [2,4,5].

Врачу-бактериологу принадлежит более 400 научных трудов. Наиболее известными из них являются «Учение об эпидемиях», «Учебник медицинской микробиологии», «Фильтрующие вирусы», «Основы общей микробиологии». Ученым было описано явление гетероморфизма бактерий, выдвинута гипотеза о скрытых формах инфекций [2].

Первые работы, сделавшие исследователя известным не только в России, но и за границей, были посвящены изучению бешенства. Н.Ф. Гамалея занимался активным внедрением прививок Луи Пастера. Ученый пропагандировал метод лечебно-профилактических прививок против бешенства как в России, так и за рубежом. Н.Ф. Гамалея доказал безвредность антирабических прививок. Кроме того, исследователь открыл факт лечебно-профилактического действия прививок против бешенства до укуса и спустя определенный промежуток времени после укуса и отсутствие эффекта при введении препарата после того, как вирус бешенства проник в ЦНС [2]. Именно Гамалея провел первую в России вакцинацию против бешенства, и тем самым спас тысячи людей от смерти. Большую роль исследователь сыграл в организации Одесской бактериологической станции, где осуществлялась борьба с бешенством [2,5]. Большой вклад Н.Ф. Гамалея внес в борьбу с таким особо опасным заболеванием, как холера. Им был открыт возбудитель куриной холеры, названный в честь своего учителя, известного биолога И.И. Мечникова «вибрионом Мечникова». Это открытие способствовало возникновению идеи создания химических вакцин [2,5].

Борьбе с холерой ученый посвятил целую докторскую диссертацию «Этиология холеры с точки зрения экспериментальной патологии», в которой разрабатывались и обосновывались многие практические и теоретические вопросы [2]. Ученым на свои средства был основан Бактериологический институт в Одессе. Подобного рода заведение было одним из первых в России. В данном институте проходило обучение врачей, а также выпускались лечебные препараты, в частности, противодифтерийная антитоксическая сыворотка [4]. Н.Ф. Гамалея предложил ряд практических мер для борьбы с эпидемией чумы и холеры. Ученый доказал водный путь заражения холерой и предложил конкретные меры по упорядочению водоснабжения. Во время эпидемии чумы 1920 года, Гамалея доказал, что распространителями чумы являются черные крысы, и предложил меры по их истреблению [2].

Нельзя не отметить огромные заслуги ученого в борьбе с эпидемией сыпного тифа. На совещании по вопросам устранения эпидемии врачом была подробно описана эпидемиология сыпного тифа и предложены меры по борьбе с платяными вшами, являющимися единственными переносчиками этой инфекции. Впервые в 1990 году ученым был предложен термин «дезинсекция», представляющий собой комплекс мероприятий по уничтожению насекомых [2,4,5].

По инициативе Н.Ф. Гамалея в Петрограде была введена всеобщая вакцинация против оспы, что позволило значительно снизить смертность от этой опасной инфекции [2,5].

В период Великой Отечественной войны ученый был эвакуирован в Казахстан в Боровое. В этом месте располагался противотуберкулезный курорт [1]. Здесь Н.Ф. Гамалея смог организовать лабораторию по изучению туберкулеза. Врачу-бактериологу принадлежит разработка метода лечения туберкулеза миколом (экстрактом туберкулезных грибов) и тиссулином (вытяжки из тканей). На базе Всесоюзного института экспериментальной медицины ученым была создана лаборатория, занимающаяся изучением противотуберкулезного иммунитета. Кроме того, ещё в начале своей карьеры он разработал способ культивирования возбудителя туберкулеза. Стоит подчеркнуть, что данный способ и в наше время применяется для получения вакцинного штамма БЦЖ [2,4,5].

Ученый считал, что рак вызывают «невидимые микробы», он впервые выдвинул вирусную теорию онкогенеза, которая существует и в настоящее время. В 1886 году Н.Ф. Гамалея предложил лечить рак с помощью молочнокислых бактерий, которые он называл «чудесными палочками» [4]. Стоит отметить, что совсем недавно ученые из США и Испании в процессе исследований установили, что для роста и размножения атипичных клеток необходимо более щелочная среда, чем в здоровых клетках. Когда же среда становится кислой, раковые клетки становятся медленнее делиться и хуже функционировать [3]. Поэтому, возможно, Н.Ф. Гамалея предложил способ

борьбы с онкологическими заболеваниями, который в будущем станет настоящей панацеей для человечества.

Выводы

Таким образом, вклад Н.Ф. Гамалея в развитие отечественной микробиологии, вирусологии, эпидемиологии не оценим. Этот человек – яркий пример сочетания теории и практики.

Любовь и преданность науке; упорность, настойчивость и терпение в изучении научных вопросов; добросовестность в решении важнейших теоретических и практических задач; верное служение науке, своей стране и своему народу – все эти качества характеризуют этого ученого. Николай Федорович Гамалея по праву является великим ученым и врачом с большой буквы.

Источники и литература / Sources and references

1. Веретеннов Д.Б., Токмакова Л.А. Война без эпидемий. Как советские врачи побеждали инфекционные заболевания на фронте и в тылу// Подвиг народа в Великой Отечественной войне: материалы Международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов (Кемерово, 16 мая 2022 г.). – Кемерово: КемГМУ, 2022. – 74 с.
2. Кнопов, М.Ш. Николай Федорович Гамалея – талантливый организатор медицинской науки (к 160-летию со дня рождения) / М.Ш. Кнопов, В.К. Тарануха // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2018. – Т. 4, № 23. – С. 204-207.
3. Опухолевые клетки не любят «кислое», и это может помочь в лечении рака – URL: <https://www.euroonco.ru/science-news/opuholevye-kletki-ne-lyubyat-kisloe-i-eto-mozhet-pomoch-v-lechenii-raka> (дата обращения: 29.01.2023).
4. Харламов Е.В. Российская школа бескорыстия / Харламов Е.В., Киселёва О.Ф. Ростов-на-Дону, 2012. – URL: <https://itexts.net/avtor-evgeniy-vasilevich-harlamov/217279-rossiyskaya-shkola-beskorystiya-evgeniy-harlamov/read/page-1.html> (дата обращения: 25.01.2023).
5. Черномор, Е.А. Николай Федорович Гамалея – основатель отечественной микробиологии / Е.А.Черномор, А.А. Зацепина, И.Г. Ненахов// Молодежный инновационный вестник. – 2020. – Т. 9, № 4. – С. 42-44.

МИНЕНОК В. А.

ВКЛАД МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ВЕЛИКУЮ ПОБЕДУ

Кафедра фармакологии

Курского государственного медицинского университета, г. Курск

Научный руководитель – к.м.н., доцент Н.В. Болдина

MINENOK V.A.

CONTRIBUTION OF MEDICAL WORKERS TO THE GREAT VICTORY*Department of Pharmacology**Kursk State Medical University, Kursk*

Supervisor – MD, PhD, Associate Professor N.V. Boldina

Аннотация: в статье рассмотрена важность труда медицинских работников в годы Великой Отечественной войны. Большое внимание уделено организации противоэпидемиологических мероприятий в военные годы.

Ключевые слова: Великая Отечественная война, медицинские работники, самоотверженность, героизм.

Abstract: the article considers the importance of the work of medical workers during the Great Patriotic War. Much attention is paid to the organization of anti-epidemic measures during the war years.

Keywords: The Great Patriotic War, medical workers, dedication, heroism.

Цель исследования – рассмотреть важность труда медицинских работников в годы Великой Отечественной войны.

Материалы и методы исследования

Нами были проанализированы литературные источники отечественных авторов по теме исследования.

Результаты и их обсуждение

В период Великой Отечественной войны советскими медиками было вылечено и возвращено в строй около 72,3% раненых и 90,6% больных военнослужащих, что в абсолютных числах составляет приблизительно 17 миллионов человек.

Несмотря на большую миграцию населения, нехватку жилья, ухудшение условий жизни, в Советском союзе впервые в мире не сработал закон о связи войны и эпидемии. Этому способствовало создание чрезвычайных противоэпидемических комиссий.

Серьезной угрозой для народа стал сыпной тиф. Говоря об этом заболевании, нельзя не упомянуть о вкладе ученого микробиолога-эпидемиолога Алексея Васильевича Пшеничнова, которому принадлежит разработка вакцины против сыпного тифа, увенчавшаяся успехом в 1942 году. Центральный институт эпидемиологии и микробиологии под руководством профессора М.К. Кронтовской быстро освоил методику производства сыпнотифозной вакцины, которую вскоре использовали в массовом масштабе для вакцинации населения [3].

Не менее серьезную опасность представляли и другие заболевания. К 1944 году благодаря применению вакцины частота встречаемости сыпного тифа значительно снизилась, однако наиболее часто стали выявляться случаи

заболевания брюшного тифа и дизентерии. Медикам пришлось бороться с «новым врагом». Стала применяться разработанная НИИ Советской армии ассоциированная вакцина НИИСИ против брюшного тифа, паратифа А и В, дизентерии Флекснера и Зонне, столбняка; людям, находящимся в контакте с больными, осуществляли профилактику с помощью брюшнотифозного бактериофага [4].

В годы Великой Отечественной войны наиболее часто встречающейся формой ранения были огнестрельные ранения, на их долю приходилось более 90% всех ранений. Советский хирург Александр Николаевич Бакулин сумел внедрить методы активной обработки огнестрельных ран и удаления инородных тел, что привело к уменьшению потерь советской армии [3,4].

Ещё одно важное открытие принадлежит советскому биологу и гематологу, сотруднику Ленинградского института переливания крови Любови Григорьевне Богомоловой. Л.Г. Богомолова разработала и внедрила метод лиофильного высушивания плазмы, благодаря которому стало возможным, не зная группу крови раненых, переливать большие дозы сухой плазмы, являющейся хорошей заместительной средой, которая не только восстанавливает объем циркулирующей крови, но и удерживает его уровень до включения регуляторных механизмов [3].

Большой вклад в великую победу внес знаменитый хирург Николай Николаевич Бурденко. После начала Великой Отечественной войны он был назначен главным хирургом Красной Армии. За время войны он лично провел несколько тысяч операций, также Н.Н. Бурденко проводил консультации, организовывал работу медицинских учреждений на местах [3,4].

Не менее значимый вклад внесла советский биолог-эпидемиолог Зинаида Виссарионовна Ермольева. В Сталинграде во время вспышки холеры в подвале разрушенного дома профессор З.В. Ермольева создала лабораторию по производству холерного бактериофага. Она так организовала работу, что в сутки около 50 тысяч человек смогли получать вакцину бактериофага. Кроме того, З.В. Ермольевой принадлежит метод обеззараживания городской водопроводной воды хлорамином. Благодаря данным мероприятиям уже к концу августа 1942 года эпидемия холеры была побеждена [1]. Но самым значимым и известным достижением профессора Ермольевой стала разработка первого советского антибиотика пенициллина-крустозина, который оказался в 1,4 раза эффективнее англо-американского. Разработчик метода очистки пенициллина Хоуард Уолтер Флори назвал З.В. Ермольеву за ее заслуги «Госпожой пенициллин». Первой площадкой для клинических испытаний пенициллина-крустозина был Яузский госпиталь. Профессор Ермольева лично изучала действие пенициллина на тяжелораненых бойцов, и результаты превзошли все ожидания: наблюдалось 100% выздоровление бойцов Красной армии. «Ни одной отрезанной ноги!» – с удовлетворением говорила об этом профессор Ермольева [1,3].

Нельзя забывать, что победа над фашистами была достигнута ценой огромных потерь. За годы войны советская медицинская служба понесла значительные потери, причем следует подчеркнуть, что около 88,2% потерь приходится на передовое звено медицинской службы, которое действовало на поле боя. Так хрупкая девушка-санитарка Мария Сергеевна Боровиченко уже через два дня после зачисления в первый стрелковый батальон 5 воздушно-десантной бригады вынесла с поля боя восьмерых солдат. Девушка отдала свою жизнь в борьбе с фашизмом, в бою под Курском, она закрыла своей грудью лейтенанта Корниенко. Другим примером является подвиг акушерки Феодоры Пушиной, которая во время обстрела полевого госпиталя погибла, спасая раненых. Нельзя не восхищаться подвигом медицинской сестры Зинаиды Ивановны Марсевой, которая выносила из поля боя и переправляла в госпитали раненых. В 1943 году девушка, переправляя раненого бойца по реке Марсева, попала под обстрел минами. Зинаида Ивановна закрыла своим телом бойца и получила смертельное ранение. За свои подвиги З.И. Марсеева была удостоена звания Герой Советского Союза. История знает ещё немало примеров подобных подвигов врачей, медицинских сестер, санитарок [2].

Выводы

Советские медики внесли огромный вклад в Великую Победу. Они проявили свои самые лучшие человеческие и профессиональные качества во время Великой Отечественной войны. Колоссальный и самоотверженный труд медицинских работников возвращал жизнь и здоровье раненым, помогал солдатам и офицерам занять место в строю, способствовал сохранению численности Красной Армии.

Источники и литература / Sources and references

1. Дергилева, Е.А. Ученый-микробиолог Зинаида Ермольева: маршал невидимого фронта / Е.А. Дергилева, И.И. Болдырева, Н.Н. Фомина // Молодежный инновационный вестник. – 2019. – Т. 8, № 2. – С. 41-43.
2. Подвиг медицинских сестер в годы Великой Отечественной войны. URL: <http://www.smedk.ru/wp-content/uploads/files/concurs/podvig.pdf> (дата обращения: 06.05.2021).
3. Подвиг Советских медицинских работников в Великой Отечественной войне URL: <http://tcmkio.ru/news/2479/> (дата обращения: 06.05.2021).
4. Тараненко, С.С. Подвиги медиков в годы Великой Отечественной войны / С.С. Тараненко, И.И. Болдырева, Н.Н. Фомина // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – № 11. – С. 796-798.

НИКИТЮК Д. Б.¹, КОБЕЛЬКОВА И. В.^{1,2}, КОРОСТЕЛЕВА М. М.^{1,3}

АНТРОПОНУТРИЦИОЛОГИЯ КАК ИНСТРУМЕНТ ИЗУЧЕНИЯ АДАПТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА СПОРТСМЕНОВ

*Федеральное государственное бюджетное учреждение науки
Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и
безопасности пищи, г. Москва¹
Академия постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, г. Москва²
ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», г. Москва³*

NIKITYUK D. B.¹, KOBELKOVA I. V.^{1,2}, KOROSTELEVA M. M.^{1,3}

**ANTHROPONUTRICOLOGY AS A TOOL FOR STUDYING THE
ADAPTATION POTENTIAL OF ATHLETES**

*Federal Research Center for Nutrition, Biotechnology and Food Safety, Moscow¹
Academy of Postgraduate Education of the Federal Scientific and Practical Center of
the Federal Medical and Biological Agency of Russia, Moscow²
Peoples' Friendship University of Russia, Moscow³*

Аннотация: в XXI веке специалистами ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии» создано новое научное направление - антропонутрициология, сформировавшееся на основе антропологической анатомии и нутрициологии, которое направлено на изучение взаимосвязи и взаимного влияния этих двух наук с целью оптимизации физического и пищевого статуса населения и реализации современных высокоэффективных здоровьесберегающих технологий. Доказана взаимосвязь антропометрических показателей и метаболических особенностей, индивидуально-психологических характеристик: выявлены определенные анатомические и топографические особенности у представителей различных соматотипов, значимые корреляционные связи между особенностями физического статуса, уровнем двигательной активности и питанием. Представлены популярные методики оценки пищевого статуса и коррекции выявленных нарушений за счет оптимизации рациона с целью повышения адаптационного потенциала спортсмена.

Ключевые слова: антропонутрициология, питание, пищевой статус, адаптационный потенциал.

Abstract: in the 21st century, specialists from the Federal State Budgetary Institution "Federal Research Center for Nutrition and Biotechnology" created a new scientific direction - anthroponutrition, formed on the basis of anthropological anatomy and nutrition, which is aimed at studying the relationship and mutual influence of these two sciences in order to optimize the physical and nutritional status of the population and implement modern highly effective health-saving technologies. The interrelation of anthropometric indicators and metabolic features, individual psychological characteristics was proved: certain anatomical and topographic features were revealed in representatives of various somatotypes, significant correlations between the features of physical status, the level of physical activity and nutrition. Popular methods for assessing the nutritional status and correcting the

identified violations by optimizing the diet in order to increase the adaptive potential of the athlete are presented.

Keywords: *anthroponutrition, nutrition, nutritional status, adaptive potential.*

Основой оценки физического развития является проведение антропометрических измерений. Антропометрия представляет совокупность методов и приёмов оценки морфологических особенностей человеческого тела, заключающихся в измерении тела человека и его частей с целью установления возрастных, половых, расовых и других особенностей физического строения, позволяющий дать количественную характеристику их изменчивости. Исследования состава тела человека охватывают широкий круг фундаментальных и прикладных проблем биологии и медицины, таких как оценка физического развития, диагностика ожирения и остеопороза, мониторинг эффективности лечения, а также профессиональный и спортивный отбор [1]. Для изучения состава тела в России в основном используются антропометрический метод и биоимпедансный анализ. С начала развития русской антропологии изучение разнообразия морфологических характеристик населения огромных территорий России стало чрезвычайно важным.

Исследование распределения роста новобранцев и факторов, влияющих на него, проводил Д.Н. Анучин — основатель русской антропологической школы. Также широко применялась схема, предложенная его учеником - В.В. Бунаком, которая выделяет три основных — грудной, мышечный и брюшной варианты телосложения и четыре промежуточных (грудно-мышечный, мышечно-грудной, мышечно-брюшной и брюшно-мышечный) соматотипа. Однако эта схема была разработана для определения телосложения взрослых мужчин и не применяется при обследовании женщин. Среди конституционных схем, описывающих телосложение женщин, наиболее известной является типология И.Б. Галанта. Основываясь на длине тела, степени отложения жира и развитии мышц, форме груди и живота, автор выделил семь типов телосложения, объединив их в три группы: лептосомический, мезосомический и мегалосомический типы телосложения. Для детей и подростков в РФ используется схема В.Г. Штефко и А.Д. Островского [2, 3].

Наиболее популярна схема соматотипирования по Хит - Картеру. Она представляет образ телосложения человека в виде трехмерного вектора с компонентами эндоморфии (относительная упитанность в телосложении), мезоморфии (мышечно-скелетная прочность) и эктоморфии (относительной линейности телосложения). Ее преимуществами являются использование непрерывных и открытых рейтинговых шкал и применимость к любой этнической группе обоих полов в широком возрастном диапазоне (2 - 70 лет). Актуальным представляется изучение влияния фактического питания на пищевой статус, состав тела и физическое развитие спортсменов в зависимости от вида спорта и специализации в нем [4].

Одним из важнейших направлений фундаментальных и поисковых работ в области нутрициологии, проводимых на базе ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии» является определение физиологической потребности в основных нутриентах и минорных соединениях, адекватных уровней потребления микронутриентов и биологически активных веществ с установленным физиологическим действием.

Оценка фактического питания обследованных спортсменов разных видов спорта (n=85) выявила следующие отклонения от принципов сбалансированного питания: избыточное потребление жиров (39-45 % от энергетической ценности при рекомендуемом уровне не более 30%) на фоне низкого поступления углеводов (36-39%) и достаточного количества белка (16- 17%). Отмечено недостаточное потребление овощей и фруктов, крайне высокое содержание яиц, колбасных и кондитерских изделий, малое количество молочных продуктов, невысокое содержание рыбы. Не оптимальная структура рациона по набору продуктов и неправильное распределение калорийности по дням недели и в течение дня по приемам пищи может негативно отразиться на пищевом статусе и адаптационном потенциале спортсменов [6].

Применение инновационных геномных технологий в рамках решения задач геномики, протеомики и метаболомики позволило расшифровать роль ранее не учитываемых при оценке питания веществ (флавоноидов, индольных соединений, пептидов). Результаты исследований, проведенных ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии» в течение последних лет, показали, что пищевые вещества и биологически активные компоненты, напрямую или косвенно влияя на геном, транскриптом, протеом и метаболом, регулируют функциональную активность генов. На субклеточном уровне нутриенты взаимодействуют с рецепторами факторов транскрипции, встраиваясь как субстраты или промежуточные метаболиты в процессы, контролирующие экспрессию генов и разнонаправленно влияющие на сигнальные пути, метаболизм ксенобиотиков, антиоксидантную защиту и регуляцию апоптоза [7].

Выводы

Результаты исследований, проведенных на базе ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», указывают на целесообразность учёта конституциональных особенностей индивидуума при разработке рационов питания для спортсменов различных видов спорта, в том числе детско-юношеского, как фактор оптимизации профессиональной результативности, а также мер профилактики и лечения ряда заболеваний, в первую очередь алиментарно-зависимых. Решением этих вопросов занимается прикладная антропонутициология.

Определение современных характеристик физического развития спортсменов разных групп видов спорта населения России обеспечит возможность создания базы данных и эталонов антропометрических характеристик для последующего обоснования ряда показателей физиологической потребности в пищевых веществах и энергии.

Актуальным представляется внедрение в практику обучающих программ, регулярное проведение семинаров для спортсменов и тренерского штаба, направленных на повышение осведомленности о принципах формирования рациона, выбора специализированных продуктов и биологически активных добавок, соблюдении режима питания для повышения адаптационного потенциала спортсменов.

Источники и литература / Sources and references

1. Никитюк Д.Б., Коростелева М.М. Антропонутрициология: антропология для гигиенической объективизации состояния физического развития населения при воздействии алиментарного фактора (обзор литературы) *Здравоохранение Российской Федерации*. 2022. Т. 66. № 5. С. 417-423.
2. МР Анатомо-антропонутрициологические методы оценки физического и пищевого статусов детского и взрослого населения с различным уровнем физической активности Москва, 2022
3. Rudnev SG, Godina EZ. Studies on human body composition in Russia: past and present. *J Physiol Anthropol*. 2022 May 3;41(1):18. doi: 10.1186/s40101-022-00291-3.
4. Golja P, Robič Pikel T, Zdešar Kotnik K, Fležar M, Selak S, Kapus J, Kotnik P. Direct Comparison of (Anthropometric) Methods for the Assessment of Body Composition. *Ann Nutr Metab*. 2020;76(3):183-192. doi: 10.1159/000508514.
5. Выборная К.В., Семенов М.М., Раджабкадиев Р.М., Мавлиев Ф.А., Набатов А.А., Мингазова Д.В., Козлов А.В., Назаренко А.С., Юсупов Р.А., Никитюк Д.Б. Модельные характеристики состава тела высококвалифицированных спортсменов, занимающихся гребным спортом (историческая справка) В сборнике: Олимпийский спорт и спорт для всех. Материалы XXVI Международного научного Конгресса. Под общей редакцией Р.Т. Бурганова. г. Казань, 2021. С. 353-356.
6. Кобелькова И.В., Коростелева М.М., Никитюк Д.Б., Назаренко А.С. Основные отклонения от принципов сбалансированного питания спортсменов некоторых видов спорта В сборнике: Физиологические и биохимические основы и педагогические технологии адаптации к разным по величине физическим нагрузкам. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной памяти доктора биологических наук, профессора А.С. Чинкина. 2022. С. 174-176.
7. Петухов А.Б., Никитюк Д.Б., Новодранова В.Ф. Наука о питании: термины как средство выражения понятий в сфере научного мышления и инструмент познания *Вопросы диетологии*. 2022. Т. 12. № 3. С. 38-44. DOI: 10.20953/2224-5448-2022-3-38-44

ПОДОЛУЖНЫЙ В. И., РАДИОНОВ И. А., ПАВЛЕНКО В. В.,
КОКОУЛИНА Ю. А.

**СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В
г. КЕМЕРОВО**

*Кафедра госпитальной хирургии
Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово*

PODOLUZHNY V. I., RADIONOV I. A., PAVLENKO V.V., KOKOULINA Y. A.
**FORMATION AND DEVELOPMENT OF SURGICAL SERVICE IN
KEMEROVO**

*Department of Hospital Surgery
Kemerovo State Medical University, Kemerovo*

Аннотация: цель исследования: изучить этапы развития хирургической службы в г. Кемерово. Материалы и методы: использованы воспоминания очевидцев, а также доступные документы и публикации по истории медицины. Результаты: установлено, что амбулаторное оказание хирургической помощи в тогда Щегловской уездной больнице начато в 1921, а первый хирургический стационар (на 22 койки) здесь организован в 1923 году. В 1926 г. его врачами уже выполнены полостные абдоминальные операции, в начале 30-х внедрено переливание крови. В работе хирургов широко использовались местная и проводниковая анестезия. Начало Великой Отечественной войны изменило характер работы: она состояла, главным образом, в лечении раненых. Уже в первые послевоенные годы был существенно расширен спектр хирургических вмешательств и их сложность: первая резекция лёгкого выполнена М.А.Подгорбунским в 1949 г., затем он освоил операции на сердце и пищеводе. Реанимационно-анестезиологические отделения в области появились в 60-е годы, а в конце 80-х, начале 90-х началось внедрение малоинвазивных эндоскопических и видеолапароскопических вмешательств. Благодаря этому, в 21-м веке основной объём плановых хирургических вмешательств в общей и печёночной хирургии, а также урологии выполняется малоинвазивно. В городе выполняются пересадки почек, сердца и печени. Выводы: 1. Развитие хирургической службы идёт параллельно развитию мировой хирургии. 2. Патриархом хирургической службы Кузбасса является М. А.Подгорбунский.

Ключевые слова: хирургическая помощь, полостные операции, малоинвазивные операции, переливание крови, история хирургии г. Кемерово.

Abstract: the purpose of the research is to study the stages of development of the surgical service in the city of Kemerovo. Materials and methods: eyewitness memories were used and available documents and publications on the history of medicine were studied. Results: outpatient surgical care in the Shcheglovskaya district hospital

appeared in 1921, the first surgical department with 22 beds in 1923, abdominal abdominal operations began to be performed in 1926. In the 1930s, blood transfusion was introduced. In the work, local and conductor anesthesia was widely used. During the war years, they were engaged in the treatment, mainly of the wounded. The first lung resection in 1949, then heart surgery was mastered. Resuscitation and anesthesia departments appeared in the sixties. In the late eighties and early nineties, minimally invasive endoscopic and video-laparoscopic interventions were mastered. In the 21st century, the bulk of planned surgical interventions in general surgery, liver surgery, and urology are performed minimally invasively. Kidney, heart and liver transplants are performed in the city. Conclusions: 1. The development of the surgical service is parallel to the development of world surgery. 2. The patriarch of Kuzbass surgery is M. A. Podgorbunsky.

Keywords: *surgical care, abdominal operations, minimally invasive operations, blood transfusion, history of surgery in Kemerovo.*

Цель исследования – изучить этапы развития хирургической службы в г. Кемерово за последние 100 лет.

Материалы и методы исследования

Изучались доступные документы, публикации по истории медицины и хирургии.

Результаты

Первым лечебным учреждением на современной территории г. Кемерова считается сельская Усть-Искитимская лечебница, открытая в селе Щеглово Томской губернии в 1913 году [1]. В 1915 г. на правом берегу Томи на пожертвования жителей для неё был построен одноэтажный рубленый дом, а в 1918 г. лечебница переименована в уездную больницу города Щегловска. В её палатах среди других размещались, в том числе, больные хирургического профиля. В 1923 г. в отдельном одноэтажном деревянном здании были открыты первые 22 хирургические койки, организовано, по существу, первое хирургическое отделение. Основную массу госпитализированных составляли пациенты с гнойно-воспалительными заболеваниями и травмами. Первые аппендэктомии и грыжесечения были выполнены в 1926 г., приезжавшим для этой цели из Томска ассистентом кафедры госпитальной хирургии Томского университета Л.И. Покрышкиным.

В декабре 1926 г. руководителем больницы, в целом, и её хирургическим отделением, в частности, назначается М.А. Подгорбунский [2]. С этого времени началась полноценная работа отделения. Михаил Алексеевич вырос в семье священнослужителя г. Илимска Иркутской губернии. Учился в Иркутском духовном училище, а затем - в семинарии. Однако, у Миши были другие увлечения – биология, естествознание, медицина. И в сентябре 1917 г. с разрешения родителей Михаил Подгорбунский представил свои документы на конкурс в Томский университет и, после собеседования у ректора, был зачислен

на медицинский факультет. По окончании университета были и работа в селе Белоглазово Алтайского края участковым врачом, и учеба в клинической ординатуре под руководством профессора Н.И. Березнеговского в коллективе с известными советскими хирургами А.Г. Савиных, Л.И. Покрышкиным, А.П. Поповым.

После ординатуры Михаил Алексеевич просит направить его в Щегловск, где до этого он проходил практику. Работа в больнице и отделении началась с хлопот по обеспечению расходными материалами, оборудованием, хирургическими инструментами. В условиях дефицита врачей, в индустриально развивающемся городе, работа продолжалась от зари до глубокого вечера - амбулаторный приём, операции, перевязки, ночные дежурства. В 1928 г. было построено новое каменное здание больницы на левом берегу Томи (ныне ул. Н.Островского 22), имевшее статус областной больницы до 1959 года после организации Кемеровской области в 1944 г. Оно и сегодня функционирует, там в настоящее время в составе Кузбасской больницы скорой медицинской помощи им. М.А. Подгорбунского лечат пациентов ортопедо-травматологического профиля[3].

В 1930 г. Михаил Алексеевич ввёл в повседневную практику так необходимое в хирургии переливание крови. Под его руководством и при активнейшем участии организуется донорский пункт и открывается школа медицинских сестёр, где готовят средний медицинский персонал, в том числе - для работы в операционно-перевязочном блоке. 1930 год – выполняется первая резекция желудка и с 1931 года ежегодно выполняется до 80 операций на желудке, хирургическое отделение расширяется до 50 коек [2]. В 1932 году Щегловск переименован в г. Кемерово. В 1934 г. в городе открывается станция скорой медицинской помощи с одним врачом, медицинской сестрой и кучером. В 1935 г. развёрнуто второе хирургическое отделение (нынешняя ГБ №2 в Кировском районе). В 1939 году в Кемерово открывается первое травматологическое отделение, в 1949г. организуется отделение хирургического лечения лёгочного туберкулёза, в этом же году начало работать первое урологическое отделение на 22 койки [1]. С 1946 года начинает функционировать онкологический диспансер, а в 1951 году онкологический стационар.

Михаил Алексеевич проработал заведующим хирургического отделения в городской больнице Щегловска – Кемерова с декабря 1926 по декабрь 1959 года (перерыв 1941-1946 гг.). М.А.Подгорбунский делает операции на брюшной стенке, органах брюшной и грудной полости. Его метод ушивания прободных язв желудка и 12-перстной кишки стал широко применяться другими хирургами Кузбасса и России. В годы войны он был главным хирургом 10-й гвардейской Армии и выполнил более 3000 операций. Он предложил хирургам использовать металлощуп – устройство, облегчающее поиск металлических осколков и пуль в

ране, усовершенствовал методику вмешательств при ранениях органов грудной полости. При этом сам был дважды ранен и получил контузию.

После войны Михаил Алексеевич возвращается в больницу, которая в период Великой Отечественной работала в качестве госпиталя. К 1942 году в области на 1000 работающих уже было 499 хирургических коек [4]. В 1944 г. из Кемеровской городской эта больница была трансформирована в областную [3]. В 1949 г. Подгорбунский выполнил первую в Кузбассе резекцию лёгкого. Спустя несколько лет он стал оперировать больных с приобретёнными и врождёнными пороками сердца, первым в Кузбассе выполнил операцию на пищеводе.

В 1949-59 гг. его учениками и коллегами осваиваются и выполняются операции на органах грудной и брюшной полости, брюшной стенке, конечностях, а также урологические при все расширяющемся спектре заболеваний и травмах. Развивается детская хирургия. В 1956 г. на 6-м Пленуме Всесоюзного научного общества хирургов в Ленинграде Михаил Алексеевич доложил результаты 154 операций, проведенных им и коллегами на пищеводе. К этому времени Подгорбунский впервые в СССР выполнил резекцию перфорированного пищевода. Он проводит показательные операции на лёгком и пищеводе в Новокузнецке, Томске, Новосибирске.

До шестидесятых годов прошлого столетия хирургами были освоены открытые операции на всех тканях и органах брюшной и грудной полости. В шестидесятые годы появились первые реанимационно-анестезиологические отделения. В 1963 году на базе нового здания областной больницы открыто детское хирургическое отделение, в 1964 нейрохирургическое отделение. В конце восьмидесятых, начале девяностых годов появилось оборудование для малоинвазивных видеоэндоскопических, видеолапаро, торако, артроскопических вмешательств; современный рассасывающийся шовный материал, атравматические иглы, новое поколение коагуляторов. И уже в 21 веке эти операции стали повседневными. Основной объём плановых хирургических вмешательств в общей хирургии, печёночной хирургии, урологии выполняется малоинвазивно.

Михаил Алексеевич Подгорбунский патриарх Кузбасской хирургии, Заслуженный врач РСФСР первым был удостоен звания «Почётный гражданин г. Кемерово». Знаменательно, что одновременно с Подгорбунским это звание получил космонавт Алексей Архипович Леонов. В 1988 году городской клинической больнице №3 (ныне Кузбасской клинической больницы скорой медицинской помощи) присвоено имя М.А. Подгорбунского.

С пятидесятых годов прошлого столетия в городе выросли новые корпуса областной больницы, детской многопрофильной, онкодиспансера, кардиоцентра. К 2023 году в Кемерово функционирует на территории бывшей Щегловской городской больницы расширившаяся Кузбасская клиническая больница скорой медицинской помощи им. М.А. Подгорбунского. Хирургическая служба города к 2023 году оказывает

высококвалифицированную общехирургическую, урологическую, нейрохирургическую, ортопедо-травматологическую и кардио-васкулярную помощь населению города и области. В Кемерово хирурги освоили пересадки почек, сердца и печени.

Выводы

1. Развитие хирургической службы г. Кемерово идёт параллельно развитию мировой хирургии. В 21 веке на смену открытым операциям пришли малоинвазивные вмешательства.

2. Патриархом Кузбасской хирургии является М. А. Подгорбунский.

Источники и литература / Sources and references

1. Каминский В.В. Развитие хирургии и хирургической помощи в Кузбассе. Дисс.канд.меднаук, Кемерово, 1971
2. Нихинсон Р.А. Некоторые вопросы развития хирургической помощи в Кемерово за 50 лет.// Материалы 3 городской научно-практической конференции врачей г. Кемерово. Кемерово, 1970, с. 97-103
3. Здравоохранение г. Кемерово 100 лет, Кемерово, 2013, С.196
4. Каминский В.В. Хирургическая служба в Кузбассе за послевоенный период // Материалы 3 городской научно-практической конференции врачей г. Кемерово. Кемерово, 1970, с.103-108.

ДЕРЕВЕНКО Ю. П., ЧАЩИН А. П.

НАЗНАЧЕНИЕ ТИРОКСИНА В ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЯХ ГОРОДА КЕМЕРОВО

Кафедра поликлинической терапии, последипломной подготовки и сестринского дела ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Научный руководитель – д.м.н., доцент Т. Е. Помыткина

DEREVENKO U. P., CHASHCHIN A. P.

THYROXINE ADMINISTRATION IN ENDOCRINOLOGICAL DEPARTMENTS OF THE CITY OF KEMEROVO

*Department of Polyclinic Therapy, Postgraduate Training and Nursing
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*
Supervisor – MD, DSc, Associate Professor T. E. Pomytkina

Аннотация: болезни щитовидной железы, протекающих с синдромом гипотиреоза, требуют в процессе терапии назначения препаратов тироксина. Выявлено, что назначаемые дозы данных препаратов врачами - терапевтами и эндокринологами одной из больниц Кузбасса, значительно ниже рекомендуемых в клинических рекомендациях стандартов лечения. Отсутствует алгоритм выбора дозы назначения.

Ключевые слова: тироксин, синдром, гипотиреоз, стандарты, доза, назначение.

Abstract: diseases of the thyroid gland, occurring with the syndrome of hypothyroidism, require the administration of thyroxine preparations during therapy. It was revealed that the prescribed doses of these drugs by general practitioners and endocrinologists of one of the Kuzbass hospitals are significantly lower than the standards of treatment recommended in the clinical guidelines. There is no algorithm for choosing the dose of the appointment.

Keyword: thyroxine, syndrome, hypothyroidism, standards, dose, appointment.

Введение

Болезни щитовидной железы относятся к одним из самых распространенных неинфекционных заболеваний [1]. Значительная часть этих заболеваний протекает с синдромом гипотиреоза, что требует в процессе терапии назначения препаратов тироксина. Левотироксин - синтетический левовращающий изомер тироксина. В малых дозах данный препарат обладает анаболическим действием; в средних повышает потребность тканей в кислороде, стимулирует метаболизм белков, жиров и углеводов, стимулирует деятельность сердечно-сосудистой системы и ЦНС; а в высоких дозах угнетает выработку тиреотропин-релизинг-гормона гипоталамуса (ТТРГ) и тиреотропного гормона гипофиза (ТТГ) [2].

По данным зарубежных исследований синдром гипотиреоза относится к категории распространённых заболеваний: им болеют около 0,2% мужчин и 1,5-2% женщин, чаще встречается у лиц старческого возраста. Около 6% женщин и 2,5% мужчин имеют уровень ТТГ в 2 раза превышающий верхнюю границу нормы. При анализе зарубежных данных о распространённости гипотиреоза в зонах без йодного дефицита (Великобритания), было обнаружено, что узлы щитовидной железы встречаются у 5% женщин и 0,8% мужчин. При этом частота возникновения узлов увеличивается после 45 лет. В районах с повышенным уровнем дефицита йода в биосфере, к которым относится большая часть Российской Федерации, частота узлового зоба у женщин репродуктивного возраста достигает более 10%. Злокачественные образования щитовидной железы являются наиболее распространённой локализацией опухолей эндокринной системы [3].

Достаточно долгое время дозы тироксина для заместительной и супрессивной терапии подбирались эмпирическим методом исходя из клинических признаков развития заболевания: динамике массы тела, ЧСС, исчезновения клинических проявлений миксидемы и д.р. В настоящее время созданы объективные методы контроля назначаемой дозы левотироксина. По существующим мировым стандартам в случае развития гипотиреоза рекомендовано назначение доз в параметрах 1,6 – 1,8 мкг/кг массы тела [4]. На

сегодняшний день на рынке имеется несколько брендов препаратов тироксина, как российских, так и зарубежных. Имеются данные литературы о различной биоэквивалентности различных брендов тироксина, что подтверждено и рядом исследований, в частности отраженных в FDA [6]. Для нас наибольший интерес представляет ситуация с назначениями доз препарата в городе Кемерово.

Цель работы: выяснить какими препаратами лечатся пациенты с гипотиреозом и в каких дозировках.

Материалы и методы исследования

Были изучены истории болезней 200 пациентов отделений эндокринологии и эндокринной хирургии ГАУЗ КОКБ имени С.В. Беляева г. Кемерово. Больным были назначены таблетированные препараты левотироксина. Назначенная суточная доза пересчитывалась на килограмм массы тела больного. Были рассчитаны средняя назначаемая доза и медианное значение дозы левотироксина, выявлены максимально и минимально назначаемые дозы.

Результаты и их обсуждение

Полученные результаты показали, что дозы тироксина, назначаемые в отделении эндокринной хирургии (медиана назначаемых доз составила 0,86 мкг/кг массы тела) и в отделении эндокринологии (медиана назначаемых доз 1,16 мкг/кг массы тела) были ниже рекомендованных стандартов лечения. Показатели средних назначаемых доз также была ниже рекомендуемых стандартами. Максимально назначаемые дозы находились в пределах общепринятых. А минимально назначаемые дозы взрослым пациентам (10 и 25 мкг) не поддаются интерпретации с позиций рекомендаций и стандартов [1].

Выводы

Назначаемые дозы препаратов тироксина при лечении заболеваний щитовидной железы, значительно ниже рекомендуемых в клинических рекомендациях стандартов лечения. Отсутствует алгоритм выбора дозы назначения.

Необходимо по данному направлению провести дополнительные исследования – оценить качество и структуру назначаемых брендов препаратов тироксина, провести маркетинговые и фармакоэкономические исследования их применения, результаты которых позволили бы оптимизировать методы лечения гипотиреоза.

Источники и литература / Sources and references

1. Фадеев, В. В. Гипотериоз: клинические рекомендации / В. В. Фадеев, Т. Б. Моргунова ; Российская ассоциация эндокринологов. – Москва, 2021. 34 с.
2. Моргунова Т. Б., Фадеев В. В. Гипотиреоз: современные принципы диагностики и лечения // Медицинский совет. 2016. №. 3. С. 79-81.

3. Герасимов Г. А. Лечение препаратами тироксина больных с заболеваниями щитовидной железы, зарубежный опыт и его использование в России (лекция) // Проблемы эндокринологии. 1996. Т.42, №1. С. 30-33.
4. Эндокринология: национальное руководство / под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. 2-е изд., перераб. и доп. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. 1112 с.
5. Справочник лекарственных препаратов Видаль: энциклопедия. Доступно по: <https://www.vidal.ru/encyclopedia>. Ссылка активна на 24.12.2022.
6. Center for Drug Evaluation and Research (CDER) Levothyroxine Sodium Tablets — In Vivo Pharmacokinetic and Bioavailability Studies and In Vitro Dissolution Testing // Food and Drug Administration. Доступно по: <http://www.fda.gov/cder/guidance/index.htm>

ПОМЫТКИНА Т. Е., ВИЛКИНА Е. В.

ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ

*Кафедра поликлинической терапии, последипломной подготовки
и сестринского дела*

Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово

POMYTKINA T. E., VILKINA E. V.

ADVANTAGES AND DISADVANTAGES OF TELEMEDICINE

*Department of Polyclinic Therapy, Postgraduate Training and Nursing
Kemerovo State Medical University, Kemerovo*

Аннотация: дистанционные консультации врачей позволяют получать пациентам квалифицированные рекомендации по диагностике и лечению различных заболеваний и, несмотря на ряд существенных недостатков, должны стать равноценным, полноправным инструментом там, где нет возможности или необходимости личного общения с врачом.

Ключевые слова: телемедицина, цифровые технологии, консультации, дистанционное общение, будущее.

Abstract: remote consultations of doctors allow patients to receive qualified recommendations on the diagnosis and treatment of various diseases and, despite a number of significant shortcomings, should become an equivalent, full-fledged tool where there is no possibility or need for personal communication with a doctor.

Keywords: telemedicine, digital technologies, consultations, remote communication, future.

Актуальность

Российская Федерация является самой большой страной в мире, в связи с этим имеет определенные социально-демографические и географические особенности, которые затрудняют оказание квалифицированной медицинской

помощи населению. В современных условиях актуальность телемедицины переоценить сложно. Телекоммуникационные технологии имеют значимый потенциал для решения проблем обеспечения населения доступными, экономически эффективными и высококачественными медицинскими услугами. Телемедицина использует информационно-коммуникационные технологии для преодоления географических барьеров и расширения доступа населения к медицинским услугам [1].

Сегодняшние технологии позволяют на базе одной платформы сочетать и видео-чат с доктором, который осуществляют дистанционный прием, и приложения, отслеживающие состояние здоровья [2]. Высокая скорость изменений внешней среды обуславливает необходимость разработки, тщательного обоснования и быстрого внедрения инновационных решений. В полной мере это касается организаций социальной сферы, масштабным компонентом которой выступает сфера медицинских услуг [3].

Дистанционные консультации пациента или его законного представителя медицинским работником могут производиться на основании данных о пациенте, зарегистрированных с применением медицинских изделий, предназначенных для мониторинга состояния организма человека, и/или на основании данных, внесенных в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации, в целях профилактики, сбора анализа жалоб пациента и данных анамнеза, оценки эффективности лечебно-диагностических мероприятий, медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента, а также принятия решения о необходимости проведения очного приема (осмотра, консультации). Проведение указанных мероприятий с применением телемедицинских технологий регламентировано статьей 36.2 Федерального закона № 323-ФЗ, в которой указано, что дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациента и коррекция ранее назначенного лечения лечащим врачом может осуществляться после очного приема (осмотра, консультации) [4].

Цель исследования – определить преимущества и недостатки телемедицины в настоящее время.

Материалы и методы исследования

Ведущим методом в исследовании данной проблемы являлся аналитический метод. Проведен анализ развития телемедицинских технологий в Российской Федерации.

Результаты и их обсуждение

В ходе исследования проанализирована доступность медицинских услуг населению, выявлены направления использования телемедицинских технологий как инструмента повышения доступности медицинской помощи, выявлены преимущества и недостатки дистанционного консультирования.

Так к преимуществам телемедицины относятся:

- 1) Удобство и экономия времени является одним из главных преимуществ телемедицины. Обычно при посещении медицинского учреждения пациенту приходится тратить много времени на дорогу, а затем ещё ожидать своей очереди около кабинета врача. В особенности это вызывает трудности у жителей отдалённых населённых пунктов, которым для получения профессиональной консультации приходится преодолевать десятки километров. Телемедицина же позволяет существенно сэкономить время и получить медицинскую помощь прямо на дому.
- 2) Безопасность. Во время посещения любого медучреждения присутствует вероятность подхватить болезнь или вирус. В особенности это касается беременных женщин и людей с ослабленным иммунитетом. Телемедицина же позволяет избежать ненужных рисков, обеспечивая комфортный осмотр пациентов прямо на дому.
- 3) Оперативность. К сожалению, ситуация, когда в небольшом населённом пункте отсутствует врач нужной квалификации — очень типична, а пациенту может быть необходима срочная консультация. В таких обстоятельствах телемедицина выступает как единственный надёжный способ для оперативной диагностики. При этом медперсонал самого населённого пункта может поддерживать онлайн-общение с лечащим врачом или собрать консилиум со своими коллегами по видеосвязи для обсуждения дальнейших методов лечения [5].

К недостаткам телемедицины относятся:

- 1) Ограниченная доступность. Как практически и все передовые технологии, телемедицина требует наличия современных девайсов и высокого качества интернета. К сожалению, далеко не все категории граждан обладают нужным оборудованием. Также в некоторых населённых пунктах до сих пор не проведён кабельный интернет, а для выхода во всемирную паутину жители используют 3G или 4G, которые не могут гарантировать надёжного соединения.
- 2) Возможны технические неполадки. Телемедицинское оборудование, как, впрочем, и любое электронное устройство, требует особого ухода. Это в особенности касается медицинских учреждений, где при санитарной обработке помещения применяются дезинфицирующие средства, которые могут испортить поверхность устройства. Также для настройки и администрирования сервера видеосвязи необходима помощь квалифицированного ИТ-специалиста, который, к сожалению, может отсутствовать в штате работников медучреждения.
- 3) Игнорирование или отказ некоторых врачей от проведения дистанционного консультирования. Как указано выше, телемедицина позволяет провести только визуальный осмотр пациента, что заметно ограничивает возможность по корректному проведению дифференциальной диагностики и постановки правильного диагноза. Поэтому многие врачи предпочитают не рисковать и проводить полное обследование. Также нужно учитывать, что не весь медперсонал обладает нужными знаниями, чтобы по видеосвязи принимать

пациентов. Пожилые врачи чаще всего не доверяют новым технологиям и предпочитают личные консультации больного [5].

Выводы

Телемедицина — это перспективное направление, которое способно изменить систему здравоохранения в положительную сторону. Дистанционные технологии представляют собой инструмент для повышения уровня здоровья населения. Несмотря на ряд существенных недостатков, дистанционные консультации должны стать равноценным, полноправным инструментом там, где нет возможности или необходимости личного общения с врачом.

Источники и литература / Sources and references

1. Возможности применения телемедицины в профпатологии. Доступно по: <https://www.journal-irioh.ru/jour/article/view/2539>. Ссылка активна на 15.01.2023 г.
2. Телемедицина. Доступно по: <https://feminamed.ru/articles/telemeditsina/>. Ссылка активна на 15.01.2023 г.
3. Восколович Н. А. Доступность медицинской помощи как основа формирования современного качества жизни населения // Междисциплинарные исследования экономики и общества. М.: МАКС Пресс, 2014. С. 226–234.
4. Бухтияров И. В., Жовнерчук Е. В., Лебедев Г. С., Панова И. В. Возможности применения телемедицины в профпатологии // Медицина труда и промышленная экология. 2020. Т60, №10. С. 634-639.
5. Телемедицина будущего. Доступно по: <https://www.tadviser.ru/index.php>. Ссылка активна на 15.01.2023 г.
6. Помыткина, Т.Е., Мозес К.Б., Ласточкина Л.А., Полтавцева О.В., Леванова Л.А. Клиническая практика в совпременных условиях // Материалы междун. науч. практ. конф. молодых ученых и студентов «Проблемы эффективной организации медицинской помощи населению на современном этапе». Кемерово, 2020,. С. 189-192.

САМАРСКИЙ И. Е.

БОРЬБА С ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ПЕРВЫЕ ГОДЫ СОВЕТСКОЙ ВЛАСТИ

Кафедра микробиологии и вирусологии

Кемеровского государственного медицинского университета г. Кемерово

SAMARSKII I. E.

FIGHTING INFECTIOUS DISEASES IN THE FIRST YEAR'S SOVIET AUTHORITY

Department of Microbiology and Virology

Kemerovo State Medical University

Аннотация: распространённость инфекционных болезней и низкое медицинское и санитарно-эпидемиологическое обеспечение граждан – проблемы, которые пришлось решать Советской власти в свои первые годы.

Ключевые слова: СССР, Россия, большевики, эпидемии, санитарная служба.

Abstract: The prevalence of infectious diseases and the low medical and sanitary and epidemiological provision of citizens were problems that the Soviet government had to solve in its early years.

Keywords: USSR, Russia, bolsheviks, epidemics, sanitary service.

Великая Октябрьская Социалистическая революция 1917 года принесла коренные изменения в многовековой уклад жителей бывшей Российской Империи. Одним из таких изменений, которые принесло правительство большевиков, стало создание централизованной, доступной и достаточно эффективной системы здравоохранения, главной задачей которой стала профилактика инфекционных заболеваний. Уже к 1930-м годам удалось остановить вспышки, а также полностью ликвидировать множество болезней.

Цель исследования – изучение истории борьбы с инфекционными заболеваниями в первые годы советской власти.

Материалы и методы исследования

Настоящее исследование проведено с помощью анализа литературных данных и интернет - ресурсов, посвященных истории России, СССР и медицины в этих странах.

Результаты и их обсуждение

В 1917 году, после Великой Октябрьской Социалистической революции молодой Советской России пришлось решать ряд проблем доставшихся в наследство от Российской Империи. Острой проблемой в этом ряду, была слабое развитие системы здравоохранения, распространённость инфекционных заболеваний и тяжёлая эпидемическая обстановка, низкая средняя продолжительность жизни людей. Несмотря на определённые усилия, которые прилагало правительство Российской Империи для развития медицины в стране, система здравоохранения была слабо развита, в 1912 году на 10000 человек приходилось 1,3 врача, 1,7 фельдшера и 12,6 больничных коек. Смертность в Российской Империи была самой большой в Европе, и в 1914 году на 1000 человек приходилось 26,7 умерших. В стране постоянно происходили вспышки и эпидемии инфекционных болезней. Так в 1913 году на 10000 человек было 216,6 случаев малярии, 34,4 случая дифтерии, 31,4 случая дизентерии, 26,6 случаев брюшного тифа и 7,3 случаев сыпного тифа.

Причиной распространённости заболеваний были: недостаточные санитарные мероприятия, отсутствие во многих населённых пунктах централизованного водопровода с системой фильтрации воды, и недостаточные

меры по вакцинации населения. Начало Первой Мировой войны (1914-1918 годы) ухудшило ситуацию. Такие заболевания как оспа, дизентерия, холера, сыпной и брюшной тиф стали наносить огромный ущерб как на фронте, так и в тылу. С началом Гражданской войны (1918-1921 годы) ситуация стала хуже: 6,5 миллионов человек переболело сыпным тифом, 3,2 миллионов человек возвратным тифом. Только с апреля 1918 по ноябрь 1918 года 35619 человек переболело холерой. Не обошла нашу страну и пандемия «испанки». С 1918 года по весну 1919 около 1 миллиона человек болело «испанским» гриппом [4, 5].

В сложившейся ситуации требовалось принятие срочных мер, которыми стало создание централизованной системы здравоохранения. Большевики поставили задачу объединить медицинские и санитарные организации, которые находились под контролем различных министерств, ведомств и общественных организаций в единую централизованную систему. Под объединение попали земская, городская, страховая, железнодорожная и другие виды ведомственной медицины.

В 1918 году создаётся «Народный комиссариат здравоохранения» во главе с комиссаром здравоохранения Н.А. Семашко, а под руководством врача – гигиениста А.Н. Сысина создаётся санитарно-эпидемиологический отдел, включавший подотделы: санитарный, включавший жилищно-санитарное отделение и пищевую секцию; санитарно-технический; эпидемиологический; туберкулезный и венерологический. На местах создаются санитарно-эпидемиологические подотделы в составе отделов здравоохранения [3, 4, 5].

Для выявления стратегии борьбы с эпидемиями в течении 1918 года проводятся неоднократные совещания с привлечением учёных клиницистов, микробиологов и гигиенистов. Постановление «Об образовании особой Всероссийской комиссии по улучшению санитарного состояния республики», подписанное В.И. Лениным 8 ноября 1919 года ставило задачу контроля и наблюдения за проведением санитарных мероприятий в стране и предупреждение саботажа и халатного отношения к своим обязанностям со стороны медицинских сотрудников. Принимаются первые санитарные законы и нормативы по охране водоёмов, по спуску сточных вод, по городскому планированию [4, 5].

Особое внимание было уделено здоровью детей. Создание школьно-гигиенического отдела ставило задачу улучшения санитарно-гигиенической обстановки среди детей. Ведётся борьба с эпидемиями в школах, туберкулёзом среди детей, ведётся пропаганда здорового образа жизни. Издаются декреты «О бесплатном детском питании» и «Об усилении детского питания».

Среди широких масс населения проводятся «недели чистоты», «недели оздоровления жилищ», «банные недели», «недели водоснабжения», «санитарные субботники» и другие мероприятия по уборке населённых мест и их благоустройству. Создаются рабочие комиссии по борьбе за чистоту, «санитарные ячейки», задачей которых становится поддержание чистоты и

опрятности населения. Ведутся титанические работы по санитарному просвещению масс населения, проводятся лекции и беседы, печатаются и раздаются брошюры и плакатов. Просветительские мероприятия проводились для всех слоёв общества, от рабочих и крестьян до солдат Красной Армии [4, 5]. Создавались комиссии по борьбе за чистоту на предприятиях, работа санитарных «троек» и «пятёрок» помогала борьбе с эпидемиями. Лучшие учёные-микробиологи под руководством Л.А. Тарасевича входившие в Учёный медицинский совет при Народном комиссариате здравоохранения были вовлечены в борьбу с эпидемиями. В этой работе активное участие принимали: Н.Ф. Гамалея, Д.К. Заболотный, А.Н. Сысин и Е.И. Марцинковский.

С августа 1918 года создаётся Центральная комиссия по борьбе с эпидемическими заболеваниями, главной задачей которой является профилактика сыпного тифа. Проводится комплекс мероприятий по борьбе с этой болезнью: подворные обходы для выявления больных и их изоляции, госпитализация, санитарная обработка и наблюдение за очагами инфекции, централизованные меры по борьбе с педикулёзом, контроль учреждений общественного питания, массовая вакцинация, хлорирование воды, создаются изоляционно-пропускные пункты на железнодорожных и водных транспортных путях. Эти меры выполняли чрезвычайные эпидемиологические отряды (ЭпидЧК), противоэпидемические отряды, противочумные и противомаларийные станции и бактериологические лаборатории.

В медицинских учреждениях в 1920 году для больных сыпным тифом было организовано 250000 дополнительных коек [1].

Важную роль отводили вакцинации населения, работе по просвещению народных масс о пользе вакцинации, а также производству самих вакцин и иммунобиологических препаратов. Активно ведётся борьба с холерой, чумой, сыпным тифом и оспой. В.И. Ленин в 1919 году подписал декрет о обязательной вакцинации против оспы, что стало ведущим шагом к ликвидации этого заболевания [1, 3]. В Советской России в кратчайшие сроки массово осваивают выпуск противохолерной вакцины, противостолбнячной и противодифтерийных сывороток.

В тяжелейших условиях Гражданской Войны 1918-1921 года в стране открываются микробиологические институты в Ростове, Саратове, Ставрополе, Красноярске, Севастополе, Свердловске, Воронеже, Краснодаре, Омске, Тамбове, Костроме, Тбилиси и Ташкенте [4, 5].

Предпринятые правительством Советской России меры позволили предотвратить эпидемиологическую катастрофу, которая могла случиться в ходе Гражданской Войны. После её окончания правительство продолжило проводить мероприятия по профилактике и ликвидации инфекционных заболеваний. Так в 1929 году была полностью побеждена холера на территории СССР, а в 1936 году полностью ликвидировали чуму и оспу. К 1960 году практически полностью была ликвидирована малярия на территории Советского Союза.

Важным показателем улучшения медицинского обеспечения и эффективности борьбы с инфекционными заболеваниями стал подъём средней продолжительности жизни в СССР. Так в Российской Империи начала XX века он составлял 32 года, а уже в СССР к концу 1930-х составил 47 лет. К 1960-м годам средняя продолжительность жизни в СССР была равна с показателями развитых стран Запада. Так у советских мужчин она составила 64,3 года против 67,5 года во Франции и 66,8 года в США, а у советских женщин она составила 73,4 года против 74,7 и 73,7 во Франции и США [2].

Выводы

Советское правительство за короткое время в 1917-1930-е годы проделало огромную работу, направленную на борьбу с инфекционными заболеваниями и обеспечение граждан доступной и эффективной медицинской помощью. Эта политика привела к снижению смертности и росту средней продолжительности жизни, был ликвидирован ряд опасных инфекционных заболеваний на территории СССР, проделана поистине титаническая работа по санитарно-гигиеническому просвещению широких масс гражданского населения. Такая политика стала одним из множества факторов приведших нашу страну к победе в Великой Отечественной войне и многим послевоенным успехам. Опыт советского правительства и советской системы здравоохранения в области борьбы с инфекционными заболеваниями требует всеобъемлющего изучения в свете появления новых опасных инфекций (Covid-19) а также санкционного давления на Российскую федерацию.

Источники и литература / Sources and references

1. Давыдова Т.В. Становление системы советского здравоохранения: миф или реальность [Текст] / Т.В. Давыдова // История в подробностях. - 2013. - № 4 - С. 22-29.
2. Ерегина Н.Т. От борьбы с эпидемиями - к оздоровлению труда и быта! [Текст] / Н.Т. Ерегина // История в подробностях. - 2013. - № 4 - С. 30-35.
3. История медицины СССР [Текст] / Ин-т организации здравоохранения и истории медицины им. Н. А. Семашко МЗ СССР; под ред. проф. Б. Д. Петрова. - Москва: Медицина, 1964. - 646 с.
4. Самарский И.Е. Роль советского правительства в борьбе с эпидемиями и снижении заболеваемости в 1918-1930-е годы / И.Е. Самарский // История медицины в Сибири: материалы I Международной научно-практической конференции, посвященной 65-летию Кемеровского государственного медицинского университета. 2020. С. 51-56
5. Самарский И.Е. Роль правительства в развитии системы здравоохранения и борьбе с эпидемиями в России в 1918-1930-е годы / И.Е. Самарский // Социальные коммуникации: философские, политические, культурно-исторические измерения. сборник статей I Всероссийской научно-практической

конференции с международным участием. Кемеровский государственный университет. Кемерово, 2020. С. 186-191.

ТКАЧЕНКО М. А., ЗВЯГИН С. П.

НРАВСТВЕННЫЙ ВЫБОР ДОКТОРА Е. С. БОТКИНА: СТОЛЕТИЕ СПУСТЯ

Кафедра истории

Кемеровского государственного медицинского университета г. Кемерово

TKACHENKO M.A., ZVYAGIN S. P.

THE MORAL CHOICE OF DR. E. S. BOTKIN: CENTURIES LATER

Department of History

Kemerovo State Medical University, Kemerovo

Аннотация: в статье предпринята попытка рассмотреть биографию врача Е. С. Боткина (1865-1918 гг.) с точки зрения нравственных основ его поступков, изучить предпосылки формирования такого поведения в условиях семьи и общества.

Ключевые слова: Е. С. Боткин, врач, семейное воспитание, нравственный подвиг.

Abstract: the article attempts to examine the biography of the doctor E. S. Botkin (1865-1918) from the point of view of the moral foundations of his actions, to study the prerequisites for the formation of such behavior in the family and society.

Keywords: E. S. Botkin, doctor, family education, moral feat.

Цель исследования – обстоятельств, оказавших влияние на формирование нравственных основ характера военного медика высокой профессиональной квалификации Е. С. Боткина.

Материалы и методы исследования – при написании статьи были привлечены литературные источники. Среди методов исследования надо назвать: сравнительный, анализ и синтез, индукции и дедукции, проблемно-хронологический.

Результаты и их обсуждение Е. С. Боткину посвящено немало публикаций [4, 125 с.; 5, 206 с.; 8, с. 109-116; 9, 11 апр.; 12, 532 с.]. В них освещены многие этапы его богатого жизненного пути. Особое внимание уделено его службе лейб-медиком. Однако все авторы обращают внимание на сопровождение им бывшей царской семьи, оказавшейся во власти большевиков. Тогда Е. С. Боткин продемонстрировал не только высокие профессиональные качества, но и лучшие человеческие черты.

О семье Боткиных известно немало. Широкую известность получил его отец. Для раскрытия темы статьи важно и то обстоятельство, что Евгений был

четвёртым ребёнком. Отец интересовался учебными делами сына, часто обсуждал с ним прочитанные ими книги. Позже Е. С. Боткин писал о том, что он был для него старшим и опытным другом. Он наставлял, руководил, с ним можно было советоваться.

Отец часто брал сыновей в свою клинику. Перед этим он просил мальчиков вести себя «достойно» и не падать в обморок при виде крови, они же – «лекарские дети». О коллегам-медиках он говорил: «нет большего счастья на земле, как этот непрерывный и самоотверженный труд на пользу ближних». Эту нравственную позицию добросовестно воспринял и наш герой. Он на деле убедился, что для отца это не просто напыщенная фраза. Не случайно, что два сына С. П. Боткина тоже стала врачами.

Большое влияние на мальчика оказал его крёстный – дядя Пётр Петрович Боткин. Он был очень богат и отличался глубокой религиозностью, добропорядочностью и вниманием к людям. Для Евгения он был примером того, как нужно относиться к богатству, данному тебе Богом. В частности, оно дано, чтобы помогать неимущим.

В нашем случае обратим внимание на эстетическую составляющую атмосферы в их доме. Семья была обеспеченной и жила в просторных квартирах по разным адресам в Санкт-Петербурге и на дачах в пригороде. Всегда двери были открыты для общения представителей творческой и медицинской интеллигенции. Это было известно многим в городе. В этой связи упомянем родственников нашего героя. Мужем тёти по отцу был поэт А. А. Фет. Дяди по отцу тоже были не чужды культуре: Михаил – художник и коллекционер, Дмитрий также собирал предметы искусства. Коллекционером был и отец нашего героя. Не удивительно, что авторами картин были многие из прославленных пациентов С. П. Боткина. Следует заметить, что многие из собранных Боткиными полотен хранятся в Русском музее Санкт-Петербурга [9, 216 с.]

Следует иметь в виду и то, что вся, как сейчас говорят, культурно-просветительская инфраструктура столицы России и её пригородов была в полном распоряжении мальчика.

Важную роль в формировании личности Е. С. Боткина сыграли учебные заведения российской столицы (гимназия, академия). Императорская военно-медицинская академия была известна не только тем, что давала глубокие медицинские знания. Учебное заведение воспитывало врачей, преданных Богу, Родине и профессии. Преподаватели не могли высказывать что-либо противного религии, нравственности, законам. Студенты должны были по-сещать церковь, нести говение Великим постом, приходить к исповеди и причащению. В академической церкви Смоленской иконы Божией Матери были установлены памятные доски в честь студентов и выпускников, погибших при исполнении своего врачебного долга.

В 1889 г. Евгений успешно окончил это учебное заведение. По традиции он и его товарищи дали «факультетское обещание». Он выражал основные моральные принципы поведения «лекаря». Эти нравственные правила Е. С. Боткин называл «кодексом принципов». Этому кодексу придерживался в своей врачебной деятельности и Евгений Боткин.

Он считал себя счастливым. Для него было очевидным, что добрые дела, в том числе врачебная помощь, должны быть основаны на вере. Он руководствовался словами апостола Иакова: «если вера без дел мертва, – то и дела без веры не могут существовать».

Здесь следует перейти к такой важной черте личности нашего героя как набожность [3]. Его отличали великодушие, скромность, сострадание. Интеллигентному Евгению были присуща «неприязнь ко всякому насилию». Его брат Пётр вспоминал: «Он был бесконечно добрым. Можно было бы сказать, что пришел он в мир ради людей и для того, чтобы пожертвовать собой».

Е. С. Боткин начал свою врачебную практику в Санкт-Петербургской Мариинской больнице для бедных. Она была учреждена императрицей Марией Фёдоровной. Хотя жалованье там было маленькое, эта больница считалась одной из лучших в городе. Её даже называли «лечебным заведением, близким к совершенству». Многие молодые врачи выбирали её для себя в качестве школы. Е. С. Боткин считал, что врач должен сострадать пациенту, особенно простым людям [2].

В 1904 г. началась русско-японская война и Евгений Сергеевич добровольцем отправился на Дальний Восток. Дома остались жена и четверо маленьких детей: старшему было десять лет, а младшему четыре года. Он следовал требованиям воинского долга. Наш герой получил назначение помощником Главноуполномоченного при действующей армии по медицинской части. Е. С. Боткин часто бывал на боевых позициях. Во время войны Евгений Сергеевич зарекомендовал себя высококвалифицированным врачом. Он проявил личную храбрость и мужество. Он написал с фронта родным много писем. Они составили книгу – «Свет и тени русско-японской войны 1904–1905 годов» [1, 130 с.].

Императрица Александра Фёдоровна, прочитав эту книгу, пожелала, чтобы Евгений Сергеевич стал доктором Царской семьи. В Пасхальное воскресенье, 13 апреля 1908 г., император Николай II подписал указ о назначении доктора Е. С. Боткина лейб-медиком Высочайшего двора.

Теперь Евгений Сергеевич должен был постоянно находиться при августейшей семье. Его служба не предусматривала выходных дней и отпусков. Новое служебное положение не изменило характера Е. С. Боткина. Он оставался таким же добрым, внимательным, каким был и прежде. В этой связи следует напомнить о том тяжёлом заболевании, которым страдал наследник российского престола Великий князь Алексей Николаевич.

В ходе революции 2 марта 1917 г. государь подписал Манифест об отречении от престола. Царская семья была арестована и заключена под стражу в Александровском дворце. Евгений Сергеевич не оставил своих пациентов. Он решил по своей воле находиться рядом с ними. Это, несмотря на то, что его должность была упразднена. Ему перестали платить жалованье. Е. С. Боткин стал для узников больше, чем врачом. Он взял на себя обязанность посредника между семьей Романовых и комиссарами, ходатайствуя обо всех их просьбах.

Вскоре семью бывшего императора решили перевезти в Тобольск. Доктор Е. С. Боткин стал одним из немногих приближенных, которые по своей воле поехали за бывшим государем. Письма доктора из Тобольска трогают своим подлинно христианским смирением. В них нет ни слова ропота, осуждения, недовольства или обиды. В письмах можно встретить настроение благодушия и даже радости. Источником этого была несгибаемая вера во всеблагий Промысл Божий [6, с. 411, 11].

Он продолжал выполнять свои медицинские обязанности. Более того, он лечил и простых горожан. Учёный, годами общавшийся с научной, медицинской, административной элитой России, кротко служил крестьянам, рабочим, солдатам.

В апреле 1918 г. Е. С. Боткин решил сопровождать царскую семью в Екатеринбург, оставив в Тобольске своих детей, которых нежно любил. В Екатеринбурге чекисты вновь предложили окружению покинуть арестованных, но все отказались. Чекист И. Родзинский докладывал начальству: «Вообще одно время после перевода в Екатеринбург была мысль отделить от них всех, в частности даже дочерям предлагали уехать. Но все отказались. Боткину предлагали. Он заявил, что хочет разделить участь семьи. И отказался» [10, 11 апр.]. В ночь на 17 июля 1918 г. семья Романовых, их приближенные, в том числе и Е. С. Боткин, были зверски убиты чекистами в подвале дома Ипатьева.

За несколько лет до этого действительный статский советник (штатский генерал-майор – авт.) Е. С. Боткин получил звание потомственного дворянина. Для своего герба он выбрал девиз: «Верою, верностью, трудом». В этих словах полностью отражено его жизненное кредо: глубокое благочестие, жертвенное служение ближним, непоколебимая преданность Царской семье, а также верность Богу и Его заповедям при всех обстоятельствах [7]. Эти качества он пронёс по жизни.

Выводы

Ознакомление с биографией Е. С. Боткина даёт нам возможность сделать некоторые выводы. Во-первых, мы согласны с мнением педагогов Сибирского (Томск – авт.) государственного медицинского университета С. Г. Ронжина, А. А. Рязанцева и И. С. Ронжина. Ещё в 2006 г. они написали о том, что очевидной тенденцией в современной интеллектуальной среде, включая ее молодёжную часть, есть поиск нравственных ориентиров на пути этического самоопределения. В этом смысле жизнь и смерть Евгения Сергеевича Боткина

стали примером альтруистической интеллигентности и духовной направляющей [8, с. 109].

Во-вторых, поведение Е. С. Боткина актуально и спустя столетие. События, связанные с проведением Россией специальной военной операции на Украине, показали неготовность некоторой части мужчин нашей страны совершить мужской поступок.

В-третьих, жизнь Евгения Сергеевича Боткина – убедительный пример для подражания будущим российским врачам на лекциях и семинарских занятиях по «Истории медицины».

Наконец, для нас принципиально важно подчеркнуть роль семьи в формировании личности нашего героя. Как писал военный лётчик, аристократ и замечательный романтик А. де Сент-Экзюпери: «Если вы спросите, откуда я родом, я пришел из детства. Я пришел из детства, как из страны...» [13, С. 28]. В век поголовной компьютеризации, в первую очередь молодёжи, это очень актуально.

Источники и литература / Sources and references

1. Боткин Е. С. Свет и тени Русско-Японской войны (Из писем жене). М., 1908. 130 с.
2. Врач-мученик Евгений Боткин: «Больного надо баловать». Доступно по: <https://www.miloserdie.ru/article/vrach-muchenik-evgenij-botkin-bolnogo-nado-balovat/> ссылка активна на 23.02.2023.
3. Врач царской семьи прославлен Русской Православной Церковью в лике святых. Доступно по: https://tatmitropolia.ru/all_publications/hramy_tatarstana/?id=58746 ссылка активна на 23.02.2023.
4. Крылов А. Н. Последний лейб-медик. М.: Белый берег, 1998. 125 с.
5. Мельник (Боткина) Т. Е. Воспоминания о царской Семье и её жизни до и после революции. М.: «Анкор», 1993. 206 с.
6. Нувахов Б. Ш., Крылов-Толстикевич А. Н. Выбор доктора Боткина. М.: Евразия, 2002. 430 с.
7. Праведный Евгений Боткин, врач, страстотерпец. Доступно по: <https://azbyka.ru/days/sv-evgenij-botkin-vrach-strastoterpec> ссылка активна на 23.02.2023
8. Ронжин С. Г., Рязанцев А. А., Ронжин И. С. «Жизнь государю, честь — никому»: нравственный выбор Евгения Сергеевича Боткина (к 140-летию со дня рождения) // Бюллетень сибирской медицины (Томск). 2006. № 1. С. 109-116.
9. Русский музей представляет: коллекции Михаила и Сергея Боткиных. Коллекции и коллекционеры Русского музея. Вып. //Альманах. Вып. 316. СПб.: Palace Editions, 2011. 216 с.: илл.
10. Соркин Ю.Я. Благодарю вас, господа, но я остаюсь с царём // Ме-дицинская газета (Москва). 1997. № 29 (11 апр.).

11. Стратотерпец Евгений Боткин. Доступно по: https://ekaterinburg-eparhia.ru/saints/ev-botkin/#_ftn1. Ссылка активна на 23.02.2023.
12. Царский лейб-медик. Жизнь и подвиг Евгения Боткина. СПб.: Цар-ское дело, 2010. 532 с.
13. Юдина Н. В. «Маленький принц» Антуана де Сент-Экзюпери // Русская словесность. 2006. № 6. С. 26–33.

ЧЕРЕНЕВА Л. А., АРГУНОВА Ю. А.

РОЛЬ ЛЕОНАРДО ДА ВИНЧИ В МЕДИЦИНЕ

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», г. Кемерово

Научный руководитель – к.м.н., доцент Т.Н. Зверева

CHERENEVA L. A., ARGUNOVA YU. A.

LEONARDO DA VINCI'S ROLE IN MEDICINE

Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases, Kemerovo

Supervisor: MD, PhD, Associate Professor Zvereva T.N.

Аннотация: в обзорной статье раскрывается творческая роль Леонардо да Винчи в анатомии и медицине. Обсуждаются основные открытия Леонардо да Винчи в различных областях медицины.

Ключевые слова: кардиология, анатомия, Леонардо да Винчи.

Abstract: the review article presents the creative role of Leonardo da Vinci in human anatomy and medicine. It discusses main discoveries of Leonardo da Vinci in various fields of medicine.

Keywords: cardiology, anatomy, Leonardo da Vinci.

Леонардо да Винчи (1452-1519) является ключевой фигурой эпохи Возрождения. Он известен как великий художник, признанный во все времена. Но научные исследования для Леонардо были так же важны, как искусство. Он, всегда проявлявший себя как «художник и инженер», оставался универсальным человеком. Чтобы создавать свои подробные и реалистичные картины, Леонардо да Винчи потратил много лет на изучение разных областей науки. Известно, что он занимался гидродинамикой, гидравликой, астрономией, геометрией, геологией, ботаникой и акустикой. Но больше всего его привлекала анатомия. В эту сферу деятельности он внес неопределимый вклад. Живопись и медицина соединились в творчестве мастера в уникальную ассоциацию искусства и науки, взаимно обогащая друг друга. Леонардо как никто другой понимал, что художнику необходимо изучать медицину, и прежде всего анатомию человека, для воплощения найденного и увиденного на полотне или в рисунках. В свою

очередь, анатомические находки и особенности побуждали его изучать физиологические основы и характер патологии человека. Его труды сыграли важную роль в становлении медицины в мире и в России, в частности.

Цель исследования – изучить вклад Леонардо да Винчи в развитие анатомии и оценить его роль в становлении медицины.

Материалы и методы исследования

Проведен обзор литературы, посвященной жизни и творчеству Леонардо да Винчи.

Результаты и их обсуждение

С юных лет Леонардо часто посещал мастерскую, где производились вскрытия трупов с целью изучения строения мышц и суставов. В те времена это было не только трудным, но и опасным делом в связи с существовавшим запретом папы Бонифация VIII. В 1487–1495 гг. он серьезно занимался анатомическими исследованиями во Флоренции и продолжил их в Милане. Большую помощь в изучении анатомии человека ему оказал Марко Антонио делла Торре (1481–1511), преподававший в университете Павия. Это врач и анатом, он был одним из первых, кто попытался вывести анатомию из тени невежества и заменить схоластическую анатомию арабских толкователей Гиппократ и Галена опытом и наблюдением над природой, исследовать строение живого тела. Это его стремление и разделил Леонардо. Встреча дела Торре и да Винчи была судьбоносной для них обоих. Первый владел терминологией и знал об основных правилах в области анатомии, второй был талантливым художником. Однако было бы неверно полагать, что Леонардо отдал свои глаза и руку в распоряжение врача, потому что, хоть и не один из его современников не был так же искусен в рисовании, анатомические рисунки Леонардо – это не что иное, как точная запись реальности, которая представилась бы всем, кто был бы свидетелем проводимых ими анатомических исследований. Графическая ясность и точность этих рисунков обусловлена пытливим умом Леонардо, который систематизировал и понимал то, что наблюдал [1].

Несмотря на то, что Леонардо да Винчи был самоучкой, не имел классического образования и доступ его к академическому миру был значительно затруднен в силу происхождения (он был внебрачным сыном зажиточного нотариуса и обычной крестьянки), его стремление познать анатомию и применить полученные знания в создании своих творений было настолько сильным, что он не останавливался ни перед чем. Когда Леонардо проводил первое вскрытие трупа, он преследовал цель убедиться в правдивости и точности трудов Галена, чьи доктрины тогда не оспаривались. Но тщательное анатомическое исследование показывало очевидное несоответствие с переданными знаниями греческого анатома и врача. Противоречия, с которыми он столкнулся, побудили его создать собственную иллюстрированную работу, которая должна была дать ясное и полное представление о строении человеческого тела. Сам Леонардо осознавал, что его доказательства идут

вразрез с авторитетом его почетных предшественников, но он был убежден, что его «предметы родились из простого и чистого опыта, который есть истинный учитель» [1,2].

О важности изучения анатомии в медицине еще до Леонардо говорил Мондино ди Луцци (1270–1326). Он преподавал в Болонском университете и был убежден в необходимости проведения посмертного вскрытия умерших. В 1315 году он произвел первое вскрытие перед студентами и преподавателями Болонского университета с разрешения Ватикана. Основываясь на полученных знаниях и наблюдениях, он написал учебник «Анатомия», в котором говорилось о расположении органов и который был основным источником информации для врачей до Леонардо [3]. Главной проблемой того времени было отсутствие прежде всего качественного иллюстративного материала. Все, чем располагали университеты, – грубые гравюры на дереве и эстампы, передававшие приблизительно строение скелета и изображения внутренних органов. Леонардо очень четко осознавал потребность в создании точных и подробных рисунков, которые бы отражали строение человеческого тела и были бы отличным подспорьем в преподавании медицины и анатомии. Ведь до него среди многих врачей бытовало мнение, что рисунки в образовательном процессе и вовсе не нужны, они лишь отвлекают студентов от текста [2,3].

Существенно, что Леонардо впервые воспроизводил в анатомических зарисовках многопроекционное изображение частей человеческого тела для получения полного и истинного представления о них, что использовалось в дальнейшем другими анатомами. Он адаптировал методы изображения, с которыми был знаком как художник, и применил их в своих анатомических исследованиях. Леонардо, как ученый-естествоиспытатель, с поверхности тела проникал глубже и анализировал все, что видел. На его рисунках представлен синтез данных, который не мог быть получен в результате одного вскрытия, а был результатом упорного труда. В попытках получить наиболее полное и точное изображение, Леонардо редактировал свои рисунки, вносил многочисленные исправления в чертежи в ходе анатомических исследований [1]. Благодаря эмпирическим исследованиям ему удалось пересмотреть традиционные научные представления о строении человеческого тела.

Вот что писал в своих заметках сам мастер: «Тому, кто мне возразит, что лучше изучать анатомию на трупах, чем по моим рисункам, я отвечу: это было бы так, если бы ты мог видеть в одном сечении все, что изображает рисунок; но какова бы ни была твоя проницательность, ты увидел и узнал бы лишь несколько вен. Я же, дабы иметь совершенное знание, произвел сечения более чем десяти человеческих тел различных возрастов, разрушая все члены, снимая до последних частиц все мясо, окружавшее вены, не проливая крови, разве только чуть заметные капли из волосяных сосудов (капилляров). И когда одного тела не хватало, потому что оно разлагалось во время исследования, я рассекал столько трупов, сколько требовало совершенное знание предмета, и дважды начинал

одно и то же исследование, дабы видеть различия. Умножая рисунки, я даю изображение каждого члена и органа так, как будто ты имел их в руках и, повертывая, рассматривал со всех сторон, внутри и снаружи, сверху и снизу». Можно сделать вывод, что художник заложил основы сравнительной анатомии [4].

Много внимания Леонардо да Винчи уделил исследованию строения и функции опорно-двигательного аппарата. Он подробно изучал суставы позвонков, определил число позвонков и точно изобразил форму позвоночного столба. При этом первые три шейных позвонка, учитывая особенности строения, он изображал отдельно, увеличивая масштабы и показывая их в разных проекциях, чтобы наиболее точно передать форму и структуру.

Проявляя интерес к строению человеческого тела и восхищаясь его анатомическим совершенством и геометрической строгостью, Леонардо создал знаменитую иллюстрацию «Витрувианский человек», доказывающую пропорциональность нашего тела. С раскинутыми руками и расставленными ногами фигура человека вписывается в круг, а с сомкнутыми ногами и приподнятыми руками – в квадрат, образуя при этом крест [4].

В трудах Леонардо представлено не только описание анатомических структур. Будучи человеком увлеченным, он изучал вопросы физиологии (функции различных частей тела живых организмов) и патологии (изменения, происходящее под влиянием различных заболеваний, и их морфологические проявления).

Леонардо первым идентифицировал сердце как мышцу и указал на автономность его работы. Он утверждал, что аорта обеспечивает поступление крови, «тепла» и «энергии» во все части организма. Еще одним открытием Леонардо является тот факт, что при закрытии аортальных клапанов желудочек все еще сокращается. Это происходит под влиянием вихревых токов, создаваемых воздействием на кровоток через проксимальный отдел аорты синусов, описанных почти два века спустя болонским анатомом Антонио Вальсальва [1].

Если говорить о вкладе Леонардо в изучение патологии сердечно-сосудистой системы, то его можно считать первым, кто представил морфологическое описание атеросклероза коронарных артерий. Здесь речь пойдет о двух вскрытиях: тела старика, который считал себя здоровым и умер «тихой смертью», и тела 12-летнего мальчика. В первом случае все сосуды скончавшегося человека были сильно утолщены, а в некоторых местах выглядели окостеневшими, что, по предположению Леонардо, могло препятствовать кровоснабжению. Он отмечал, что коронарные сосуды не только изменены, но и имеют различную степень поражения. Особенностью данного случая можно считать бессимптомное течение болезни у больного с выраженным поражением коронарных сосудов. Таким образом, в данном случае описана безболевая форма ишемии миокарда. Во втором же случае все артерии

были мягкими и прямыми, то есть картина была полной противоположностью той, что описана в первом случае. Таким образом, Леонардо первым указал на «возрастной риск» поражения коронарных сосудов [1,2].

Тщательное изучение знаменитого портрета Моны Лизы позволило обнаружить на внутренней части левого верхнего века мадонны желтоватое пятно, а на коже тыльной стороны правой кисти в области указательного пальца – узловатое образование длиной около 3 см. Позже при исследовании картины в инфракрасном свете было установлено, что это желтое пятно на коже верхнего века изображено именно при написании картины, а не является результатом последующих изменений красок на полотне. Становится очевидным, что Леонардо первым описал и изобразил клинические признаки гиперлипидемии – ксантелазмы и ксантомы.

Но творцу было сложно полностью порвать с традициями. Вместе с дела Торро он сделал новаторское открытие, что сердце состоит из четырех камер, а не из двух желудочков, как считалось ранее. Но в своих рисунках Леонардо изобразил перегородку пористой, преодолимой для крови, такой, которую он не мог наблюдать на открытом сердце. Об этих порах он мог знать из литературы своего времени. Точность новых наблюдений здесь все еще сталкивается с вымыслами обычных знаний, как это было распространено в учениях Галена.

Выводы

Можно смело утверждать, что достижения Леонардо да Винчи в области анатомии опередили время, а рисунки, которые поражают своей точностью и являются сочетанием науки и искусства, позволяют считать именно его анатомом новой формации, который первым начал изучать анатомию с помощью систематических тщательных посмертных исследований при вскрытии трупов. Это во многом определило развитие медицины. Поэтому неоспоримым является тот факт, что медицина была одной из граней обширной деятельности Леонардо да Винчи и его вклад в развитие этой области знаний переоценить невозможно.

Источники и литература / Sources and references

1. Дворецкий Л.И. Леонардо да Винчи и медицина. Взгляд из прошлого. *Consilium medicum*. 2020; 22 (12): 9-14. [Dvoretzky L.I. Leonardo da Vinci and medicine. A glimpse from the past. *Consilium medicum*. 2020; 22 (12): 9-14. (In Russ.).] DOI:10.26442/20751753.2020.12.200524.
2. Moragrega-Adame JL. First study the science, then practice the art: Leonardo da Vinci. *Cardiovascular and Metabolic Science*. 2021; 32 (3): 114-116. DOI:10.35366/101303
3. Wilson L. The performance of the body in the Renaissance theater of anatomy. *Representations* 1987; 17: 62–95.
4. Ноймайр А. Художники в зеркале медицины. Ростов-на-Дону: Феникс, 1997.

ЮСУПОВ Ш. Р.

**ВКЛАД РУССКИХ И АЗИАТСКИХ УЧЕНЫХ В СТАНОВЛЕНИИ И
РАЗВИТИИ ФТИЗИАТРИИ**

*Кафедра инфекционных болезней и фтизиатрии
Ташкентская медицинская академия, Ургенчский филиал.
г. Ургенч, Республика Узбекистан*

YUSUPOV SH. R.

**CONTRIBUTION OF RUSSIAN AND ASIAN SCIENTISTS TO THE
FORMATION AND DEVELOPMENT OF TB**

*Department of Infectious Diseases and Phthisiology
Tashkent Medical Academy, Urgench Branch, Republic of Uzbekistan*

Аннотация: туберкулез - опасная болезнь. В данной статье описываются два этапа изучения и развития диагностики и методов лечения туберкулеза в мире в России и Средней Азии донаучные и научные мировоззрения. Проводятся изучение с современным состоянием исследований в области организации выявления туберкулеза на ранних этапах его развития, диагностики и лечения, а также формирование современной законодательной базы борьбы с туберкулезом в России.

Ключевые слова: туберкулез, фтизиатрия, история исследования, диагностики и лечения, вакцинация, болезнь.

Abstract: the article considers two stages of studying and developing the diagnosis and treatment of tuberculosis in the world and in Russia: pre-scientific and scientific. Parallels are drawn with the current state of research in the field of organizing the detection of tuberculosis at the early stages of its development, diagnosis and treatment, as well as the formation of a modern legislative framework for combating tuberculosis in Russia.

Keywords: tuberculosis, phthisiology, history of research, diagnosis and treatment, vaccination, legal framework.

Актуальность

Туберкулез - коварное заболевание. Из года в год в мире борются с туберкулезом тяжелее. Туберкулез – заболевание, имеющее ярко выраженную социальную природу, и это можно проследить на протяжении всей истории существования человечества, на любом этапе, когда мы находим свидетельства о данной болезни. Методы борьбы с туберкулезом изучались и совершенствовались с древних времен и до наших дней. Изучая методы борьбы с туберкулезом в историческом аспекте можно привести параллели организации борьбы с туберкулезом в наше современное время.

Цель исследования – анализировать и изучить исторические аспекты борьбы с туберкулёзом и их влияние на современную организацию противотуберкулезной помощи.

Материалы и методы исследования

Базу исследования составили работы российских и зарубежных авторов, такие, как труды Перельман М. И. «Фтизиатрия», П. Крайф «Охотники за микробами: биографии и мемуары» [1], А. Г. Хоменко «Туберкулез: руководство для врачей» [2,3], М. Л. Шулутко «Дарующая жизнь. Этюды о хирургии» [1,3] и др., которые посвящены проблемам истории медицины, клинике туберкулеза, истории диагностики и лечения туберкулеза. Методологическую базу работы составили ретроспективный, идеографический, историко-системный методы.

Результаты исследования и их обсуждение: Туберкулез как коварная опасная болезнь, поражающая людей, известен с древних времен. Можно условно выделить два этапа в истории развития диагностики и лечения туберкулеза – донаучной и научный этапы. Большим событием между данными этапами стало открытие возбудителя туберкулеза в конце XIX в. Донаучный этап связан с наблюдением различных проявлений туберкулеза врачами древности. Основные клинические проявления – кашель, кровохарканье, истощение – описали Гиппократ и другие врачи древности.

В дальнейшем следы когда-то перенесенного туберкулеза позвоночника были найдены при раскопках в 1904 г. на скелете человека, умершего в каменном веке. Такие же изменения были найдены в мумифицированных трупах египтян, живших за 2 – 3 тысячи лет до нашей эры. Уже врачи древности предполагали, что туберкулез – заразная болезнь. Они видели, что при тесном контакте с больным, длительно кашляющим человеком, появлялись новые похожие признаки болезни у других людей. Так, французский врач Ж.-А. Вильмен в 1865 г. наблюдал групповое заболевание туберкулезом матросов на корабле от ранее заболевшего товарища, с которым они были в тесном общении. Уже Ж.-А. Вильмен доказывал инфекционную природу туберкулеза: он пропитывал мокротой больных людей подстилку в клетках для морских свинок, и здоровые ранее животные через какое-то время умирали от туберкулеза, хотя контрольная группа этих животных, которые жили в клетках с обычной подстилкой, оставались здоровыми [4]. Инфекционную природу болезни подтвердил немецкий патолог Ю. Конгейм в оригинальных опытах на животных. Он в переднюю камеру глаза кролика вводил кусочки легких людей, умерших от чахотки, и зрительно наблюдал в глазу экспериментального животного образование туберкулезных бугорков.

Научный этап истории развития диагностики и лечения туберкулеза связан с открытием возбудителя туберкулеза. Честь открытия возбудителя туберкулеза принадлежит немецкому бактериологу Р. Коху. Он в 1881 – 1882 гг. обнаружил в препаратах, изготовленных из легких умершего от туберкулеза человека, окрашенных метиленовым синим цветом палочку и предположил, что это

возможно возбудитель туберкулеза, затем он получил чистую культуру возбудителя на питательной среде из свернутой кровяной сыворотки крупного рогатого скота. Чтобы доказать, что выделенная им культура является возбудителем туберкулеза он заразил ею группу лабораторных животных, что подтвердило специфичность возбудителя. На заседании Физиологического общества в Берлине 24 марта 1882 г Р. Кох сделал доклад «Этиология туберкулеза», в котором он привел убедительные данные о том, что выделенный им от больных туберкулезом легких микроб и есть причина этой болезни [5,6]. За открытие возбудителя туберкулеза в 1910 г. ему была присуждена Нобелевская премия.

По решению ВОЗ 24 марта стал всемирным днем борьбы с туберкулезом. В XIX веке не было лекарственных средств, которыми можно было вылечить туберкулез, использовались не специфические факторы позволяющие поддержать организм заболевшего человека. Р. Кох тоже предпринял попытку найти специфическое лекарственное средство для лечения туберкулеза. В 1890 г. он впервые получил туберкулин, который определил как водно-глицериновую вытяжку туберкулезных культур. Туберкулин стал применяться с лечебной целью, но надежды не оправдались: туберкулин либо не оказывал лечебного действия, либо приводил к обострению болезни. В разработке методов диагностики болезней легких историческими вехами стали выслушивание (аускультация) легких, предложенное в 1819 г. французским врачом Р. Лаэннеком, и открытие немецким физиком В. К. Рёнтгеном в 1895 г. X-лучей. За это открытие В. К. Рёнтгену в 1901 г. была присуждена Нобелевская премия. Французские ученые А. Кальмет и Ж. Гирен в 1919 г поставили перед собой цель создать вакцину для специфической профилактики туберкулеза.

За основу для создания вакцины против туберкулеза они взяли бычий тип возбудителя болезни, на основе которого был получен штамм МБТ, утративший способность вызвать заболевание, но который сохранил способность к созданию противотуберкулезного иммунитета. Вакцинный штамм был назван бациллами Кальмета и Гирена (БЦЖ). В России создана разновидность вакцины БЦЖ-М. С этой болезнью борется препарат БЦЖ-1. А его разновидность: вакцина БЦЖ М – противотуберкулёзное средство, одно из первых, что делается малышу ещё в роддоме. В связи с широким распространением чахотки среди населения разных стран и отсутствием организации борьбы с туберкулезом на государственном уровне велись поиски оказания помощи больным из малообеспеченных слоев населения. В 1887 г. в Шотландии начал свою работу первый противотуберкулезный диспансер, оказывающий больным туберкулезом медицинскую и социальную помощь. В Москве в 1909 г. была открыта первая в России бесплатная амбулатория для лечения больных туберкулезом. А в 1910 г. впервые в мире в России была создана Лига по борьбе с туберкулезом – общественная организация, которая существовала на благотворительные средства [1,3,6]. После октябрьской революции в нашей стране впервые в мире

была утверждена «Секция по борьбе с туберкулезом» при Наркомздраве РСФСР, задачей которой была организация борьбы с туберкулезом на государственном уровне.

Были организованы противотуберкулезные диспансеры (ТД), центры организации помощи больным туберкулезом, которые с 1922 г. взяты на государственный бюджет. Появилась и новая медицинская специальность - фтизиатрия, для формирования которой много сделали такие российские ученые и организаторы здравоохранения, как В. А. Воробьев, А. А. Кисель и Т. П. Краснобаев. К 30-м годам прошлого века ЛПУ ОМС страны включилась в борьбу с туберкулезом: в ТД стали направлять пациентов с подозрением на туберкулез. С целью изучения проблем, связанных с организацией выявления больных туберкулезом, оказания им помощи в 1918 г. Москве был организован первый Научно-исследовательский институт туберкулеза (НИИТ). В 1921 г. приступил к работе Центральный НИИТ, позднее НИИТ были созданы в Ленинграде, Новосибирске, Свердловске и других областях, краях, автономных и союзных республиках Советского Союза. Таким образом, в стране была сформирована научная база организации борьбы с туберкулезом.

Результатом предпринятых на государственном уровне социальных преобразований и проведения противотуберкулезных мероприятий к концу 1930-х гг. смертность от туберкулеза в России стала в 2 — 2,5 раза ниже, чем до революции. В годы Великой Отечественной войны 1941 — 1945 гг. заболеваемость населения туберкулезом выросла, что еще раз показало социальный характер болезни. Совнарком СССР в 1943 г. принял постановление «О мероприятиях по борьбе с туберкулезом». Благодаря принятым в эти годы мерам смертность населения страны от туберкулеза к концу войны стала ниже, чем в довоенное время. В последующем для выявления ранних и скрыто протекающих форм туберкулеза органов дыхания с 1947 — 1948 гг. в Советском Союзе стала широко использоваться флюорография, а с 1961 г. в стране введены ежегодные массовые флюорографические обследования населения с целью выявления больных туберкулезом легких на ранних стадиях развития болезни.

Для лечения больных туберкулезом, в связи с отсутствием специфических противотуберкулезных препаратов, в XIX в. и до середины 1940-х гг. прошлого века использовались в основном климатические факторы, гигиенидиетический режим. Американский ученый Ваксман (Waksman) в 1944 г. для лечения туберкулеза предложил использовать найденный им антибиотик стрептомицин — это был первый специфический противотуберкулезный препарат. За это открытие в 1952 г. ему была присуждена Нобелевская премия.

В последующем для лечения туберкулеза были предложены другие противотуберкулезные препараты: изониазид и его производные, ПАСК и др. В 1960-х г. для лечения больных туберкулезом был предложен еще один высокоактивный противотуберкулезный препарат — рифампицин, затем группа препаратов фторхинолона [6,7,8]. Для лечения больных туберкулезом в

настоящее время используется комбинированная химиотерапия в комплексе с патогенетическими, симптоматическими средствами и лечением сопутствующих туберкулезу болезней. В настоящее время применяются комбинированные лекарственные средства, содержащие несколько противотуберкулезных препаратов - майрин, майрин-п, фтизоэтам, фтизопирам и др. [1, 5]. Значительный вклад в борьбу с туберкулезом внесли российские и советские ученые: А. А. Кисель, Л. К. Богуш, П. Г. Корнев, А. Е. Рабухин, Г. Р. Рубинштейн, А. Г. Хоменко. На Урале – И. А. Шаклеин, А. В. Бедрин, М. Л. Шулутко, Я. И. Нестеровский, В. А. Соколов, Ю. П. Чугаев, Д. Н. Голубев [6]. В начале XXI века в мире наблюдается рост заболеваемости туберкулезом. Особенно это касается стран Африки, Азии, Латинской Америки, в которых уровень заболеваемости туберкулезом, его распространенности и смертности значительно выше развитых стран. Появилась проблема сочетанного течения ВИЧ-инфекции и туберкулеза и лечения туберкулеза с множественной (МЛУ) и широкой (ШЛУ) лекарственной устойчивостью. Перед здравоохранением вновь встает задача организации своевременного выявления, эффективного лечения и профилактики туберкулеза с учетом новых реалий жизни общества.

Выводы

Открытия Р. Коха позволили сделать прорыв в изучении туберкулеза, от которого традиционно страдало человечество с глубокой древности и открыло дорогу качественно новому этапу в борьбе с этим заболеванием.

Ретроспективный анализ показал, что введение государственного регулирования организации противотуберкулезной помощи как в России, так и в других странах привело к значительному снижению основных эпидемиологических показателей туберкулеза.

Меры, направленные на совершенствование противотуберкулезных мероприятий в нашей стране на ближайшее время и отдаленную перспективу определены на государственном законодательном уровне, что в перспективе сделает возможным окончательную победу над данным заболеванием.

Источники и литература / Sources and references

1. Аксенова В.А. Туберкулез у детей в России и задачи фтизиатрической службы. Журнал Туберкулез и болезни легких. №3.1год 2014г Москва стр54
2. Мишин В.Ю Туберкулез легких с лекарственной устойчивостью возбудителя. 2009г Учебное пособие. ГЕОТАР МЕДИА. с34
3. Крайф П. Охотники за микробами: биографии и мемуары. – М.: Молодая гвардия, 1957. – 488 с.
4. Крофтон Дж., Норман Х., Миллер Ф. Клиника туберкулеза. – М.: Медицина, 1996. – 199 с.
5. Перельман М. И., Корякин В. А., Богадельникова И. В. Фтизиатрия: учеб. пособие для студентов медицинских вузов. – М.: Медицина, 2004. – 520 с.

6. Перельман М. И., Корякин В. А., Протопопова Н. М. Туберкулез: учеб. пособие для студентов медицинских институтов. – М.: Медицина, 1990. – 304 с.
7. Хоменко А. Г. Туберкулез: руководство для врачей. – М.: Медицина, 1996. – 496 с.
8. Шулутко М. Л. Дарующая жизнь. Этюды о хирургии. – Свердловск: Среднеуральское книжное издательство, 1977. – 247 с.

РАЗДЕЛ II. «ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ В СИБИРИ»

АЛЬШЕВСКАЯ В. А.

ИНТЕРНАЛИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В КУЗБАССЕ

Отдел по работе с иностранными студентами

Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово

ALSHEVSKAYA V. A.

INTERNALIZATION OF MEDICAL EDUCATION IN KUZBASS

International Department

Kemerovo State Medical University, Kemerovo

Аннотация: в данной статье рассматриваются вопросы интернационализации медицинского образования в Кузбассе. Путем решения данной проблемы может быть адаптацией программы обучения на структурном уровне к специфике мирового рынка труда и системе зарубежного образования, изменение методики преподавания медицинских дисциплин и уделить иноязычной подготовке и развитию кросс- культурного сознания отечественных и иностранных студентов.

Ключевые слова: интернационализация образования, медицинское образование, высшее профессиональное образование, иностранные студенты.

Abstract: this article discusses the issues of internationalization of medical education in Kuzbass. The solution to this problem can be the adaptation of the training program at the structural level to the specifics of the global labor market and the system of foreign education, changing the teaching methods of medical disciplines and giving foreign language training and the development of cross-cultural consciousness of domestic and foreign students.

Keywords: internationalization of education, medical education, higher professional education, foreign students.

Интернационализация студентов является важной частью образовательного процесса во всем мире, в том числе и России. С каждым годом увеличивается поток иностранных студентов из стран дальнего и ближнего зарубежья в российские учебные заведения. Кемеровская область не является исключением. Так, например, Кемеровский государственный медицинский университет является одним из привлекательных учебных заведений для студентов из Индии, Египта, Судана, Пакистана, Нигерии, Кот-д'Ивуара и т.д., который даёт возможность получить достойное образование. Интернационализация медицинского образования абсолютно необходима в виду того, что будущие врачи должны работать на уровне международного сотрудничества в области мирового здравоохранения, что, в свою очередь,

поможет улучшению систем здравоохранения по всему миру и, соответственно, улучшению здоровья населения Земли.

Хочется отметить, что Кузбасс относительно недавно начал путь глобализации медицинского образования. Работа в этом направлении безусловна важна. Это важный вектор развития региона. Важна безупречная репутация Кузбасса как центра подготовки высококвалифицированных кадров. Не стоит забывать, что интернационализация образования является двусторонним процессом. В процесс интернационализации включаются наряду с государствами отдельные университеты, что определяется термином «внутренняя интернационализация вуза». Это не только обучение иностранных студентов в вузах РФ, но и обучение за рубежом [2].

В контексте данного исследования было бы интересно узнать о возможности реализации в полном объеме процесса интернационализации медицинского образования в Кемеровской области. Что является **целью** данной работы.

Вопрос разработки эффективных способов интернационализации высшего образования в последнее время изучается активно. Часть экспертов предлагают усилить ФГОСы дополнительной компетенцией - «интернационализационной метакомпетенцией», которая будет ориентирована на формирование кросс-культурного сознания выпускника вуза и будет способствовать проектированию процесса обучения на основе межкультурного взаимодействия и создания межкультурной среды, что имеет особую важность для интеграции медицинского образования РФ в международное академическое сообщество [1]. Ещё одним вариантом интенсификации медицинского образования является применение предметно-языкового интегративного подхода (Content Language and Integrated Learning – CLIL) [3]. Данный подход включает в себя организация учебного процесса на иностранном (английском) языке с целью повышения предметного знания, уровня владения иностранным языком и профессиональной компетенции, которой соответствует данная дисциплина. Адаптирование отечественной системой медицинского образования успешных мировых педагогических практик формирования профессиональных компетенций будет являться еще одним эффективным способом интернационализации медицинского образования.

Говоря об итоговой государственной аттестации, то структурным подходом с позитивным решением могла бы стать адаптация данного экзамена, оценивающей результаты обучения к скрининг-тесту. Данный тест дает право врачебной практики в Индии. Для этого необходимо привлечение профессорско-преподавательского состава университетов-партнеров из Индии к процессу обучения иностранных учащихся.

Перед медицинскими университетами встаёт вопрос выбора языка, на котором будет реализован образовательный процесс. Некоторые учебные учреждения выбирают обучение на английском языке. Но не стоит забывать, что

обучение в медицинском вузе является практико-ориентированным и знание русского требуется для работы с пациентами на практике в больницах. Именно поэтому в 2014 году был закрыт набор иностранных учащихся по специальности «Лечебное дело» на английском как языке-посреднике в СЗГМУ им. И.И. Мечникова. Иностранные студенты не смогли общаться с пациентами и врачами больниц, в которых проходили практику [1]. КемГМУ выбрал правильное направление, и с 4 курса студенты обучаются на русском языке. Успешно проходят программы медицинских дисциплин и работают в больницах.

Выводы

Анализ проблемы показал, что на данном этапе существует положительный опыт экспорта медицинского образования в Кузбассе. Импорт образования требует тесного сотрудничества университета не только с зарубежными партнерами, но и на отечественном пространстве с целью разработки пошаговой методики интеграции выпускника медицинского вуза любой страны мира в единый рынок труда.

Источники и литература / Sources and references

1. Королев К. Ю., Ольховик Н. Г. Интернационализация российского медицинского образования и пути их решения // Вестник Нижегородского Университета им. Н.И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. 2019. N4. С. 304–310.
2. Муравьева А. А., Олейникова О. Н., Викторова А. О. Интернационализация образовательных программ как ядро внутренней интернационализации образования // Вестник ВГУ. 2017. N 4. С. 154–157.
3. Хахалова С. А. Интернационализация медицинского образования в России // Интернет-журнал «Мир науки», 2018. N 6. Доступно по: <https://mir-nauki.com/PDF/02PDMN618.pdf> Ссылка активна на 20.03.2023

АШАЕВА А. В.

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ СИБИРИ В СОСТАВЕ НЕМЕЦКИХ ЛЕЧЕБНЫХ ПРЕПАРАТОВ КОМПАНИИ BIONORICA

Отдел по работе с иностранными студентами

Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово

Научный руководитель – преподаватель-переводчик В.А. Альшевская

ASHAEVA A. V.

MEDICINAL PLANTS OF SIBERIA IN THE COMPOSITION OF GERMAN MEDICINES OF THE COMPANY BIONORICA

International Department

Kemerovo State Medical University, Kemerovo.

Supervisor – Lecturer-Translator V.A. Alshevskaya

Аннотация: данная статья посвящена изучению состава медицинских препаратов немецкой компании *Bionorica* и лекарственных растений, которые входят в их состав, а также возможности производства таких препаратов отечественными производителями.

Ключевые слова: лекарственные растения, травы, фармацевтика, Сибирь, препараты.

Abstract: this article is devoted to the study of the composition of medical preparations of the German company *Bionorica* and medicinal plants that are part of them, as well as the possibility of producing such preparations by domestic manufacturers.

Keywords: medicinal plants, herbs, pharmaceuticals, Siberia, preparations.

В современном мире количество растений, использующихся в качестве лекарственных, достаточно велико. Незначительная часть их, наиболее важных и часто употребляемых, входит в современную фармакопею, но многие другие разрешены к применению и продаются в аптеках. Наконец, есть такие лекарственные растения, которые в прошлом были весьма популярны, а сейчас вышли из употребления или из-за выявленной малой эффективности, или в связи с тем, что они недостаточно изучены современными научными методами. [1] Существует предание, повествующее о том, как древнеиндийского врача Чараки учитель послал в лес принести несколько совершенно бесполезных растений. «Учитель, - сказал Чараки, вернувшись из леса, - я три дня ходил по лесу и не нашел ни одного бесполезного растения». [2]

Но в настоящее время фармацевтический рынок переполнен продуктами и лекарственными препаратами, которые пытаются продать нам благодаря своей красивой упаковке, яркой рекламе и ребрендингу. Одними из таких препаратов являются продукты компании «*Bionorica*». Эти раскрученные товары считаются эффективными, их регулярно выписывают врачи, а фармацевты и провизоры рекомендуют при покупке других лекарственных препаратов в аптеке. В препараты данной фирмы входят лекарственные растения и травы.

Цель исследования заключается в анализе состава препаратов и выявлении растений, входящих в их состав, которые произрастают на территории Сибири, исходя из статистики их эффективности. И возможно ли тратить меньше денег на закупку подобных препаратов, зная о том, что Сибирь – это кладезь лекарственных растений и трав.

Материалы и методы исследования

Был исследован состав таких препаратов, как «Синупрет экстракт» в таблетках, «Тонзилгон Н» в каплях, «Бронхипрет» сироп, «Циклодинин» в таблетках и «Канефрон Н» в таблетках.

Результаты и обсуждение

«Синупрет экстракт» в таблетках. Препарат показан к применению у взрослых при остром неосложненном риносинусите.

Известно, что в препарате «Синупрет экстракт» содержатся такие лекарственные растения, как:

- 1) корень горечавки желтой (*Gentianae luteae radicibus*),
- 2) цветки первоцвета весеннего (*Primulae vera flores*),
- 3) травы щавеля курчавого (*Rumicis crispae herbae*),
- 4) цветки бузины черной (*Sambuci nigrae flores*),
- 5) трава вербены лекарственной (*Verbenae officinale herbae*).

Из данных растений 60% (щавель курчавый, бузина черная, вербена лекарственная) произрастают на территории Сибири.

«Тонзилгон Н» в каплях применяется при острых и хронических заболеваниях верхних дыхательных путей (тонзиллит, фарингит, ларингит), а также при профилактике осложнений при респираторных вирусных инфекциях и как дополнение к терапии антибиотиками при бактериальных инфекциях. Препарат содержит такие лекарственные растения, как:

- 1) Алтея корни (*Althaeae radices*)
- 2) Ромашки цветки (*Matricaria*)
- 3) Хвоща трава (*Herba Equiseti arvensis*)
- 4) Грецкого ореха листья (*Juglans regia*)
- 5) Тысячелистника трава (*Millefolii herba*)
- 6) Дуба кора (*Corticis Quercus*)
- 7) Одуванчика лекарственного трава (*Taraxacum officinale Weber*)

Из данных растений 86% (алтея, ромашка, хвощ, тысячелистник, дуб, одуванчик лекарственный) растут на территории Сибири.

«Бронхипрет» сироп. Это препарат, оказывающий отхаркивающее, противовоспалительное, секретолитическое, бронхолитическое действие, способствующий снижению вязкости мокроты и ускорению ее эвакуации. В своем составе он содержит такие лекарственные травы, как:

- 1) трава Тимьяна (экстракт жидкий) (*Thymus vulgaris L.*),
- 2) листья Плюща обыкновенного (экстракт жидкий) (*Hedera helix*).

Можно сделать вывод, что 50% (тимьян) данного препарата состоит из трав, которые растут на территории Сибири.

«Циклодинин» в таблетках. Его компоненты оказывают нормализующее действие на концентрацию половых гормонов, борются с нарушениями менструального цикла, способствуют устранению предменструального синдрома и мастодинии. В своем составе препарат содержит растения:

- 1) плоды прутняка обыкновенного (экстракт сухой) (*Vitex agnus-castus L*)
- 2) Мята перечной ароматизатор (*Mentha piperita*)

Из этих растений 100% находятся на территории Сибири.

«Канефрон Н» является комбинированным препаратом растительного происхождения. Оказывает мочегонное, спазмолитическое,

противовоспалительное и противомикробное действие. Используется в комплексной терапии при лечении хронического цистита и пиелонефрита, хронического гломерулонефрита, хронического интерстициального нефрита, а также используется для профилактики мочекаменной болезни (в т.ч. после удаления камней). Препарат содержит в своем составе такие лекарственные растения, как:

- 1) трава золототысячника (*Centaureum umbellatum*, *Gentianaceae*)
- 2) корень любистока лекарственного (*Levisticum officinale*, *Apiaceae*)
- 3) листья розмарина (*Rosmarinus officinale*, *Laminaceae*)

Из данного состава препарата, можно сделать вывод, что 67% можно найти на территории Сибири. Хочется отметить, что несмотря на то, что розмарин – растение теплолюбивое, его можно выращивать в домашних условиях.

Выводы

Проведя данное исследование, можно сделать вывод, что в среднем 72,6% лекарственных растений, входящих в состав исследуемых препаратов, растут на территории всех регионов России, включая Сибирь. Цена на эти препараты очень высока из-за того, что это импортные лекарства, которые производят в Германии. Но зная, что большая часть растений находится в легкой доступности для нас, отечественная фармацевтика могла бы успешно производить данные препараты, которые эффективны в своем использовании, а потребители могли бы платить меньшую сумму за них.

Источники и литература / Sources and references

1. Лекарственные растения (Растения-целители): Справ. пособие/А. Ф. Гаммерман, Г. Н. Кадаев, А. А. Яценко-Хмелевский. 4-е изд., испр. и доп. М.: Высш. шк., 1990. С. 6.
2. Волынский, Б.; Бендер, К.; Фрейдман, С. Растения в медицине. С.: Саратовский Университет, 1983. 440с.

БЕРЕСНЕВА К. С.

СТАНОВЛЕНИЕ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ГОРОДА НОВОКУЗНЕЦКА

Кафедра философии и культурологии

Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово

Научный руководитель – канд. филос. наук, доцент О.Н. Ефремова

BERESNEVA K. S.

FORMATION OF THE PEDIATRIC SERVICE OF THE CITY OF NOVOKUZNETSK

Department of Philosophy and Cultural Studies

Kemerovo State Medical University, Kemerovo

Supervisor: PhD in Philosophy, Associate Professor O.N. Efremova

Аннотация: в статье рассматривается история становления и развития педиатрической службы города Новокузнецка.

Ключевые слова: Новокузнецк, педиатрия, детская больница, NSIFTP.

Abstract: the article discusses the history of the formation and development of the pediatric service in the city of Novokuznetsk.

Keywords: Novokuznetsk, pediatrics, children's hospital, Novokuznetsk State Institute for Further Training of Physicians.

Цель исследования – собрать, обобщить и проанализировать становление и развитие службы охраны и здоровья ребенка (педиатрической службы) города Новокузнецка.

Материалы и методы исследования

Для достижения поставленных целей в работе использовала информацию об истории педиатрии в городе Новокузнецке. Применялись общенаучные методы исследования, историко-сравнительный и ретроспективный методы и принцип историзма.

В Кемеровской области своих медицинских образовательных учреждений не было, и сюда по распределению приезжали выпускники ВУЗов страны. С развитием промышленности Новокузнецка, численность населения росла стремительно, врачей не хватало. Катастрофическая нехватка врачебных и сестринских кадров предопределила решение о подготовке собственных медицинских работников.

Результаты и их обсуждение

В дореволюционном Кузнецке (до 1917 г.) сеть медицинских учреждений состояла из трех лечебных учреждений (лазарет для солдат местного гарнизона, городская больница на 20 коек, железнодорожная больница на один врачебный и один фельдшерский приёмы), в которых работали 2 врача, 4-5 фельдшеров и акушерок. За прием к врачу нужно было платить, поэтому пользовались услугами врача состоятельные граждане Кузнецка, в основном население обращалось к услугам знахарей, шаманов и повивальных бабок. Полноценная медицинская помощь была не доступна ни взрослым, ни детям. Поэтому широко были распространены социальные болезни: туберкулез, чума, венерические болезни, сибирская язва, натуральная оспа, цинга, малярия, тиф. Общая смертность была высокой, а детская достигала 443 на 1000 родившихся.

С первых дней установления в городе советской власти, несмотря на голод, разруху, эпидемию сыпного тифа, который уносил многие жизни, нехватку медицинских кадров, начинается восстановление разрушенного хозяйства, развивается здравоохранение города, больницы пополняются приехавшими из других регионов России врачами и медработниками среднего звена.

В 1929 году начался бурный рост Кузнецка, толчок которому дало строительство металлургического гиганта (КМК), поток строителей на стройплощадку стремительно увеличивался, количество их достигало десятков тысяч. Вся территория города рассматривалась как площадка Кузнецкстроя. Медицинская помощь первое время на стройке отсутствовала, ближайший фельдшерский пункт располагался в избушке д. Бессоново на берегу р. Абы.

14 мая 1929 года для обследования рабочих Кузнецкстроя прибыл приглашенный врач Шмуйлович Год Исаевич. Он открыл первую амбулаторию с одним врачебным приемом, а 1 июля 1929 года при врачебном пункте открывает стационар на 10 мужских и 5 женских коек. Стационар стал началом образования городской клинической больницы №1. В районе кирпичного завода появились первые детские ясли на 40 мест.

В начале 1930 года со всех концов страны на Кузнецкстрой прибывает долгожданное пополнение квалифицированных врачей и медицинских сестер. Руководство заговорило о строительстве больницы. В июне 1930 года на Нижней колонии в спешном порядке вырос «больничный городок», состоящий из пяти рубленых бараков, здесь открылись специализированные отделения: хирургическое на 25 коек, терапевтическое на 35 коек, инфекционное на 30 коек, акушерско-гинекологическое на 35 коек. 26 июня 1930 года в акушерском отделении раздался крик первого новорожденного кузнецкстроевца.

Кузнецкстрою все больше требовалась рабочая сила, каждый день на стройку прибывали вагоны с молодыми энтузиастами. Создавались семьи, увеличивалось детское население. Для обслуживания детей в город направляли врачей – педиатров, медицинских сестер.

Первым педиатром на Кузнецкстрое стала врач Краснопеева Зинаида Мартыновна, командированная из Москвы, она имела большой опыт работы, была хорошим специалистом по детским болезням. Под ее руководством были открыты двое яслей по 50 мест, детская консультация на один прием, молочная кухня и женская консультация.

В условиях бурного роста строительства завода и вовлечения в него большого количества женщин требовалась сеть детских учреждений, а так же медсестры и сестры – воспитательницы для них. Встал вопрос об обучении кадров медицинских работников и 30 марта 1930 года открылись первые трехмесячные курсы по подготовки медицинских сестер для детских яслей. В детские учреждения направлялись с производства работающие женщины на пятимесячные курсы по программе воспитания детей от 1 года до 6 лет. Металлургический завод оказал помощь в строительстве учреждений для детей, в детский фонд была отчислена $\frac{1}{4}$ от зарплаты, кроме того, крупная сумма поступила и из фонда директора. Для детей были построены барачного типа ясли, сады, они были оборудованы всем необходимым. К концу 1931 года имелось уже 7 детских дошкольных учреждений на 360 мест.

При росте численности детского населения потребность в медицинской помощи полностью не удовлетворялась. Расширение детских лечебно-профилактических учреждений сопровождалось увеличением потребности в кадрах. Кадров врачей – педиатров было крайне мало. В 1931 году в город была командирована бригада врачей – педиатров, которая оказала огромную практическую помощь в решении проблем с кадрами.

К концу 1932 года в городе насчитывалось 9 яслей на 560 мест, 4 детские консультации на 5 врачебных приемов, 4 женские консультации, 4 молочные кухни, дом ребенка на 50 мест, 18 «колхозных» яслей на 230 детей. Бюджет сферы здравоохранения, к 1932 году составлял около 3 млн. руб., а в 1928 г. всего 114 тыс. руб.

90 лет назад, 5 октября 1932 года, основана городская детская клиническая больница №4 (сегодня – «Кузбасская детская клиническая больница имени профессора Ю.Е. Малаховского»). Началась её история во времена Кузнецкстроя, когда в 1932 году при городской больнице было открыто первое детское отделение, которое возглавил врач Макашев Сергей Иванович. Он работал в отделении и вёл приём больных детей в детской консультации. Он же стал первым главным врачом, когда в 1937 году детское отделение было преобразовано в самостоятельное медицинское учреждение.

С детской клинической больницы №4 начиналась новокузнецкая школа педиатрии, неонатологии, детской анестезиологии и реаниматологии, эндокринологии и кардиологии, неврологии и аллергологии. Здесь начиналась эфферентная хирургия, онкогематология, специализированные реанимационно-консультативные бригады.

1936 год стал для работников охраны материнства и детства своеобразной исторической вехой. 29 июля 1936 года было вынесено постановление правительства о запрещении абортов и расширении сети детских консультаций, молочных кухонь, детских яслей. Новокузнецку были отпущены средства на строительство 6 детских яслей, 2 детских консультаций с молочными кухнями, роддома на 100 коек. Новые детские ясли открывались почти каждые полгода, в связи с нехваткой медицинских кадров в 1936 году открылась школа медицинских сестер для детских яслей. Была создана школа матерей, где обучали молодых мам уходу за грудными детьми, читали лекции по рациональному вскармливанию младенцев.

Период конца 30-х – начала 40-х годов характерен быстрым развитием сети лечебных учреждений. Назрела необходимость в создании специализированных видов помощи – пульмонологической, ортопедической, дерматологической. Медицинские учреждения постепенно пополнялись новым отрядом врачей, приехавших на строительство завода. Открываются специализированные отделения для детей: лор, глазное, кожно – венерологическое. В туберкулезном диспансере был открыт детский прием. В 1940 году были введены в

эксплуатацию два корпуса инфекционной больницы, в одном корпусе разместилось детское инфекционное отделение.

Перед медицинскими работниками были поставлены задачи повышения качества лечебно-профилактического обслуживания детей. Введены отдельные приемы больных и здоровых детей, отдельно – взрослого населения. Детской консультацией организованы выезды врачей к больным на дом. Создавались раздаточные пункты от молочных кухонь для обеспечения малышей детским питанием. В детской консультации был открыт пункт по сбору грудного молока. В детских поликлиниках начали проводить профилактические прививки детям против туберкулеза, дифтерии и других инфекционных заболеваний.

После окончания Великой Отечественной войны остро ощущался недостаток медицинских кадров. Регистрировалась высокая заболеваемость у детей острыми пневмониями, бронхитами на фоне высокой респираторной патологии, гастропатологическая заболеваемость, многочисленные желудочно-кишечные инфекции. Была высокая смертность всего населения и особенно детская, которая составляла 129 человек на 1000 родившихся.

Чтобы сократить число часто болеющих и ослабленных детей, а также детей с хроническими заболеваниями, направляли все усилия на развитие детских санаториев разного профиля: пульмонологического, гастроэнтерологического, противотуберкулезного, которые были открыты в период 1948 – 1956 годов. Лечение детей в санаториях проводилось под контролем иммунологических показателей в динамике, функции внешнего дыхания, электрокардиографических и рентгенологических исследований.

Быстрыми темпами развивалась материальная база и росла сеть лечебных учреждений города. В этот период был осуществлен переход от количественного роста учреждений здравоохранения к созданию новых многопрофильных и сравнительно крупных лечебно-профилактических учреждений.

До 1951 году для охвата специализированной помощью населения создавались в большинстве случаев мелкие, только с врачебным приемом женские и детские консультации, диспансеры, амбулатории. Нередко развернутые при каком-либо учреждении 5-10 детских коек назывались детской больницей.

Во второй половине 50-х годов мелких лечебных учреждений практически не стало: либо была увеличена их мощность, либо они были объединены с другими учреждениями. Это позволило заменить сотни должностей административно – хозяйственных работников на должности медицинских работников.

Второй особенностью этого периода в развитии здравоохранения стало строительство больших типовых детских больниц, размещение лечебно-профилактических учреждений в отдельных зданиях и нижних этажах жилых домов. Оборудование лечебных учреждений мебелью, кухонным, медицинским, спортивным инвентарем проводилось за счет промышленных предприятий.

В городе в это время было построено 17 типовых лечебно-профилактических учреждений, 23 учреждения приспособлено в ранее существовавших зданиях и для 31 учреждения предоставлены нижние этажи многоэтажных зданий. Эти меры позволили не только быстро развернуть сеть медицинских учреждений, но и перевести десятки лечебных учреждений из временных барачных в благоустроенные здания. Несмотря на все трудности военного и послевоенного периодов, медицинское обслуживание не ухудшилось по качеству и значительно выросло в количественных показателях.

В связи с развитием материально-технической базы города возросла потребность в квалифицированных врачебных кадрах, что явилось одной из причин перевода в 1951 году из Новосибирска в Новокузнецк (Сталинск) Государственного института усовершенствования врачей (ГИДУВа).

В городе стали внедряться в практику новейшие достижения медицины. Научные работники кафедр работали в тесном сотрудничестве с педиатрами города. В 1953 году было организовано научное общество детских врачей, увеличивался объем медицинской помощи, оказываемой детскому населению. К концу 1970-х годов число детских больниц увеличилось до 6. Создавались новые виды специализированной помощи. Количество врачей – педиатров выросло на 25%: в 1970 году был 191 педиатр, на 1 сентября 1975 года – 254.

Период 1960 – 1970-х гг. характеризовался расширением реабилитационных мероприятий и снижением многих патологических процессов у детей, что привело к снижению заболеваемости у детей с различной патологией, ликвидации некоторых инфекционных заболеваний, приводивших к высокой инвалидности детей, таких как полиомиелит, туберкулез костей и суставов.

Детские больницы (№3 и №4) впервые внедрили принцип диспансеризации детей. На каждого ослабленного ребенка заводилась диспансерная карта с планом оздоровления, велся контроль охвата детей профилактическими прививками, что позволило уменьшить заболевания, приводящие к инвалидности, смертности (полиомиелит, дифтерия, туберкулезный менингит, корь, клещевой энцефалит и болезни группы тяжелых кишечных инфекций). Совершенствовались все формы оздоровления детей и коррекция лечебного питания. Все это способствовало улучшению многих показателей в обслуживании детей. Заболеваемость детей снизилась на 10,4%, детская смертность – на 65%, улучшились все показатели физического развития детей.

Огромный вклад в развитие педиатрии города внес профессор Юрий Евгеньевич Малаховский, заведующий кафедрой педиатрии и неонатологии ГИДУВа, которую он возглавлял на протяжении 17 лет (1975-1992 гг.). Детская городская клиническая больница № 4 все годы являлась клинической базой кафедры педиатрии и неонатологии. В клинике он проводил дни и ночи,

консультировал больных детей, рассматривая особенности каждого ребенка и находя ключи к выздоровлению самых тяжелых пациентов.

Малаховский Ю. Е. развернул деятельность по всем направлениям, он был опытным детским врачом, прекрасно знал все разделы соматической педиатрии. Особенно его интересовали проблемы гематологии, гепатологии, нефрологии, иммунологии, ревматологии, пульмонологии, гастроэнтерологии. Он оказал значительную помощь в создании основных служб и подразделений клиники, в особенности по разделу неотложной помощи, интенсивной терапии. Благодаря его непосредственному участию, Новокузнецкая детская больница одна из первых в России стала внедрять плазмаферез и другие методы лечения больных детей. Его блестящим детищем стало открытие в 1993 году в рамках программы «Антилейкоз» на базе Новокузнецкой городской детской клинической больницы №4 детского онкогематологического центра на 40 коек. Ремиссия при лечении детей соответствовала мировым показателям – 76%.

Выводы

Главной составляющей в качестве жизни населения является уровень общественного здоровья, медико-демографическая ситуация. Развитие медицинской помощи детям в развивающемся промышленном городе Новокузнецке происходило постепенно и было обусловлено социально – экономическими процессами. Местные органы власти в разные периоды развития города поддерживали инициативы медицинских работников по развитию и совершенствованию системы охраны здоровья населения. Была создана материально – техническая база оказания лечебно-профилактической помощи детям, медицинские службы города постепенно укомплектовывались кадрами, подготовленными преимущественно в Новокузнецке.

Источники и литература / Sources and references.

1. Первая клиническая: История, люди, перспективы / отв. редактор Данцигер Д. Г.; сост.: Власова Н. В., Елдинова О. Г., Фойгт Л. И. Кемерово: ФГУИПП «Кузбасс», 2004. 320 с.
2. История педиатрии и родовспоможения г. Новокузнецка / З. П. Шарова, Г. И. Чеченин. Новосибирск: Издательство Сибирского отделения Российской академии наук, 2017. 236 с.
3. Здравоохранение Кузбасса: 60 лет истории. Томск, 2002. 216 с.
4. На страже детского здоровья // Новокузнецк. №38 (1191). Доступно по: <http://www.novotv.ru/news/6568>. Ссылка активна на 01.03.2023 г.
5. Малаховский Юрий Евгеньевич. Доступно по: <http://dkb4.ru/about/музей-малаховского-ю-е/>. Ссылка активна на 01.03.2023 г.

БОГДАНОВА А. К.

ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В КУЗБАССЕ

Материалы IV Международной научно-практической конференции
«История медицины в Сибири». Кемерово, 2023

*Кафедра микробиологии и вирусологии
Кемеровского государственного медицинского университета г. Кемерово
Научный руководитель – ассистент И.Е. Самарский*

BOGDANOVA A. K.

**THE HISTORY OF THE CREATION OF THE SANITARY AND
EPIDEMIOLOGICAL SERVICE IN KUZBASS**

*Department of Microbiology and Virology
Kemerovo State Medical University, Kemerovo
Supervisor – Assistant I.E. Samarsky*

***Аннотация:** санитарно-эпидемиологическая служба в Кузбассе является прямым отражением истории становления области и эффективным инструментом борьбы с заболеваемостью, проверенным временем.*

***Ключевые слова:** санитарно-эпидемиологическая служба, заболеваемость, эпидемиологическая обстановка.*

***Abstract:** sanitary-epidemiological service in Kuzbass is a direct reflection of the history of the formation of the region and an effective tool for combating morbidity, time-tested.*

***Keywords:** sanitary and epidemiological service, morbidity, epidemiological situation.*

Санитарно-эпидемиологическая служба занимает особое место в системе сохранения здоровья каждого человека. Особенно сегодня, в эпоху пандемии COVID 19, была доказана вся важность работы данной службы.

Цель исследования – обзор хронологии событий развития санитарно-эпидемиологической службы в Кузбассе.

Материалы и методы исследования

Настоящее исследование проведено с помощью анализа литературных данных и интернет-ресурсов, посвященных историческим данным о создании санитарно-эпидемиологической службы в Кузбассе.

Результаты и их обсуждение

На сегодняшний день санитарно-эпидемиологическая служба представлена: «Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека». На территории же Кемеровской области служба представлена Управлением Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Кемеровской области, а именно управлением Роспотребнадзора по Кемеровской области.

Основными задачами Роспотребнадзора по Кемеровской области являются: Организация и осуществление надзора и контроля за исполнением обязательных требований законодательства Российской Федерации в области

обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, защиты прав потребителей и в области потребительского рынка; Предупреждение вредного воздействия на человека факторов среды обитания; Профилактика инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) населения[3].

Принято считать, что зарождение данной службы, а именно ее предшественника, случилось с момента образования Кемеровской области в 1943 году. Но исторические данные уходят своими корнями дальше, к концу 19 века, к моменту начала образования в России врачебно- санитарного дела. Самыми первыми предшественниками санитарно- эпидемиологической службы были врачебные управления под управлением Медицинского департамента Министерства полиции, переданного в 1826 году Министерству внутренних дел (МВД). Основными задачами соответствующей структуры были: Осуществление врачебно-полицейских задач по предотвращению причин, служивших источником болезней населения; Врачебно- хозяйственная деятельность по лечению больных путем устройства больниц и обеспечения их работы; Судебно-медицинская деятельность[2].

Конкретно на территории Кузбасса прародителями санитарно-эпидемиологической службы являются санитарно-исполнительные комиссии, созданные в городах Кузнецке и Мариинске. Но функционирование данных структур было не регулярным и создавались они только на период эпидемий. 1920- 1926 года являются переломными в истории развития санитарной службы. Ознаменован данный исторический период началом большого количества эпидемий разной этиологии и началом плановой работы по борьбе с ними. По историческим данным больше всего бед доставила эпидемия тифа, которая разразилась в начале 20-х годов. Из доклада «О движении всех видов тифа в Сибири», представленного на съезде Сибздрав врачом А.А. Грациановым можно узнать что, в 1920 эпидемии сыпного и возвратного тифа достигли грандиозного масштаба. В докладе описывается угнетающая обстановка того времени: «Пути сообщения были буквально завалены трупами, городские и земские самоуправления не успевали открывать больницы для госпитализации заболевших, похоронные бюро не успевали хоронить трупы» [1].

Для борьбы с эпидемией была проведена масштабная работа: Создание санитарных отрядов, обеспечивающих очистку населенных пунктов и дезинфекцию жилых помещений; Прочтение лекции населению; Распространение огромного количества печатной литературы. Но тиф был не единственной проблемой. Параллельно с тифом развились эпидемии холеры, дизентерии, а также цинги. Осложнялась ситуация скученностью населения, как в местах работы, так и в местах проживания. Большое влияние на эпидемиологическую обстановку оказывала активная миграция населения в связи с политическими и трудовыми аспектам жизни людей и низкий уровень гигиены, присущим большинству граждан.

Данный исторический этап стал переходным в области санэпиднадзора от не системной работы к централизованной. Именно в этот исторический период в каждом промышленном районе появился свой санитарный врач, отвечающий за санитарный контроль в районе, и санэпидслужба начала свое постоянное функционирование, независимое от возникновения эпидемий. Также большими достижениями стало регламентирование порядка санитарного контроля на промышленных предприятиях и оформление результатов проверок первыми протоколами.

Следующим важным этапом в развитии санитарной службы стало открытие в декабре 1927 г. в г. Щегловске первой санитарно-химической, бактериологической лаборатории. В Кузбассе впервые был принят научный подход к проведению санитарного контроля. Было положено начало изучению профессиональной заболеваемости, организации питания рабочих. Для будущего промышленного города данный исторический этап имеет особое значение. Затем в декабре 1933 г. была образована Всесоюзная государственная санитарная инспекция, выполняющая исключительно предупредительный санитарный надзор. Санитарно-эпидемиологическая станция при этом сохранялась.

Во время Великой Отечественной войны (ВОВ) санитарная обстановка резко ухудшилась. Эвакуацией больных и раненых людей, сложная санитарная обстановка, присущая военному времени способствовали возникновению новых очагов инфекционных болезней и рецидивированию старых. Перед еще не окрепшей санитарной службой открылся огромный фронт работ. Нарастающие эпидемиологические проблемы требовали новых решений. В самый разгар ВОВ, была создана Кемеровская область и в июне 1943 года принято решение Кемеровского облисполкома «Об организации санитарно-эпидемических станций в Кемеровской области»[4]. Создание данной структуры способствовало созданию «санитарно-эпидемиологической сети», которая объединяла под свое начало семь, уже существующих на данный период времени, межрайонных станций и создаваемые, с учетом возникших проблем, новые организации. В период ВОВ были созданы: сеть пищевых лабораторий, областная тулярийная станция и тулярийные пункты, областная госсанинспекция, областная малярийная станция, областная станция санитарного просвещения, санитарные и дезинфекционные станции в сельской местности. Так же была развернута систематическая масштабная работа по дезинфекции станций, уборке мусора и различных нечистот, осуществляемая городским и районным исполкомами. Данные структуры доказали свою эффективность и способствовали снижению уровня заболеваемости к концу ВОВ.

Далее в истории санэпидслужбы пошла череда реорганизаций. 19 апреля 1991 года с принятием Закона № 1034-1 РСФСР «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», были созданы областной,

городские и районные центры государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

30 марта 1999 г. принят новый Федеральный закон № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», действующий и в настоящее время. Так, Кемеровский областной центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора был переименован в Федеральное государственное учреждение «Центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора в Кемеровской области». И далее, на базе существующих структур, в 2005 году было образовано два учреждения: Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Кемеровской области и ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии по Кемеровской области».

Выводы

При обзоре хронологии событий развития санитарно-эпидемиологической службы в Кузбассе можно сделать вывод, что данная структура является незаменимой единицей в обеспечении поддержания здоровья населения. Многогранная структура данной организации обеспечивает качественный и точный подход к выполнению работы по обеспечению санитарного и эпидемиологического здоровья граждан.

Источники и литература / Sources and references

1. Д.П. Сарин, А.В. Феоктистова, А.С. Серёгин. ОРГАНИЗАЦИЯ САНИТАРНОГО НАДЗОРА И БОРЬБА С ЭПИДЕМИЕЙ ТИФА В ПРОМЫШЛЕННЫХ РАЙОНАХ КУЗБАССА В 1920-1923 ГОДЫ// International Journal of Humanities and Natural Sciences 10-1 (73), 2022 (Россия, г. Москва) – 2022. – С.56-68
2. Управление федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Кемеровской области- Кузбассу: [Электронный ресурс]. URL: <https://42.rospotrebnadzor.ru/content/815/49637/>
3. Управление федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Кемеровской области- Кузбассу: [Электронный ресурс]. URL: <https://42.rospotrebnadzor.ru/ob-upravlenii/istoria/>
4. Управление федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Кемеровской области- Кузбассу: [Электронный ресурс]. URL: <https://42.rospotrebnadzor.ru/content/1180/>

БОРОДКИНА А. Ю.

СТАНОВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КУЗБАССЕ В ПЕРВЫЕ ГОДЫ СОВЕТСКОЙ ВЛАСТИ

*Отдел по работе с иностранными студентами
Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово*

BORODKINA A. YU.

THE FORMATION OF HEALTHCARE IN KUZBASS IN THE EARLY YEARS OF SOVIET POWER*International Department
Kemerovo State Medical University, Kemerovo*

Аннотация: статья посвящена некоторым аспектам организации здравоохранения на территории Кузбасса в первые годы существования Советской власти. Особое внимание уделяется преодолению системных проблем и переходу от борьбы с эпидемиями к профилактической медицине.

Ключевые слова: Кузбасс, Сибирь, советская медицина, здравоохранение, эпидемии.

Abstract: the article is devoted to various aspects of the organization of health care in the territory of Kuzbass in the early years of the existence of Soviet power. Particular attention is paid to overcoming systemic problems and the transition from epidemic control to preventive medicine.

Keywords: Kuzbass, Siberia, Soviet medicine, healthcare, epidemics.

Цель исследования - выявить, обобщить и проанализировать проблемы здравоохранения Кузбасса в первые годы Советской власти, а также представить процесс их преодоления и формирования профилактической медицины в Кузбассе.

Материалы и методы исследования

Систематизация, обобщение, сравнительно-исторический, историко-хронологический.

Результаты и их обсуждение

Революция 1917 года в России сопровождалась гражданской войной, иностранной интервенцией, экономической разрухой и, как следствие, антисанитарными условиями жизни населения, высоким уровнем заболеваемости и смертности. Скорейшее решение этих проблем было одной из главных задач Советской власти.

Уже в июле 1918 г. Советом Народных Комиссаров был принят декрет «Об учреждении Народного комиссариата здравоохранения», благодаря которому был создан первый высший медико-санитарный государственный орган. Первым народным комиссаром здравоохранения РСФСР был назначен Николай Александрович Семашко.

Народный комиссариат здравоохранения сформулировал свои основные задачи: разработка законодательных норм в здравоохранении и контроль за их применением, издание единых распоряжений и постановлений для медицинских учреждений и граждан, содействие учреждениям республики в выполнении их

задач, организация и руководство медицинскими учреждениями, их финансирование и др. [1].

Однако первостепенной задачей, стоящей перед комиссариатом здравоохранения стала борьба с эпидемиями. Ситуация была катастрофической: кроме туберкулёза, педикулёза, венерических заболеваний и других социальных болезней, в стране был эпидемиологический уровень заболеваемости дифтеритом, чумой, тифом, оспой, холерой, корью, и др. По данным Госплана СССР сыпным тифом в 1919 г. болело 2119549 чел., в 1920 – 2284452 человека; возвратным тифом в 1922 г. – 1505852 чел.; дизентерией в 1921 г. – 551838 чел.; малярией в 1924 г. – 5865825 чел. Смертность от эпидемий была чудовищной: более трех миллионов человек [2].

Ситуация осложнялась массовым переселением. Гражданская война и голод вынуждали людей сниматься с привычных мест, беженцы являлись главными распространителями болезней. В результате миграции населения в Сибири широкое распространение получили сыпной и брюшной тифы, холера, дизентерия, туберкулёз, оспа, скарлатина. Летальность от тифа достигла критического уровня.

При этом уровень заболевания тифом в Кузбассе был выше, чем в среднем по Сибири, так в 1922 году в промышленных районах Кузбасса тифом болели 20% населения, больные были в каждой третьей семье. Это связано с крайне неблагоприятной санитарной обстановкой в регионе, сложившейся к этому периоду. Особенно сложной была ситуация в шахтёрских и промышленных районах Кузбасса: условия труда были тяжёлыми, плотность проживания населения - очень высокой, а санитарно-бытовые условия не соответствовали никаким нормам. На многих предприятиях и в местах проживания людей часто отсутствовала канализация, водопровод. В Кемеровском районе пропускная способность бань была в 2 раза ниже нормы.

Для незамедлительного решения проблем здравоохранения в Сибири в январе 1920 года в составе Сибирского революционного комитета (Сибревкома) был создан отдел здравоохранения (Сибздрав). Он состоял из коллегии и 17 отделений: управления делами, санитарно-эпидемиологическое, лечебно-госпитальное, финансовое, статистическое, фармацевтическое, социальных болезней, водной санитарии, железнодорожное, санитарно-просветительской работы, охраны материнства и младенчества, военно-санитарное, снабжения, санитарно-курортное, охраны здоровья детей, медицинских школ и санитарно-жилищная комиссия. Так началось формирование системы здравоохранения в Сибири.

С февраля 1920 года стали создавать губернские и уездные отделы здравоохранения. Кузбасс, который к тому времени состоял из трёх уездов (Кузнецкий, Мариинский, Щегловский), подчинялся Томскому губернскому отделу здравоохранения. Каждый уездный отдел состоял из шести подотделов: лечебный, санитарно-эпидемиологический, фармацевтический, финансово-

хозяйственный, военно-санитарный, охраны материнства и младенчества [4] с.52.

Первые же месяцы работы показали, что каждый уездный отдел здравоохранения Кузбасса сталкивался с одними и теми же проблемами. Первая проблема – это дефицит кадров (не только на уровне уезда, но и во всей губернии). Дефицит медицинских кадров и медицинских учреждений в Сибири не был следствием произошедшей революции, а возник гораздо раньше: согласно архивным данным за 1915 год, в Западной Сибири на 1 больницу приходилось от 7 до 81 тыс. человек [5]. Так что ситуация в Кузнецком уезде отражала общую картину: во всех четырёх больницах не хватало врачей и медперсонала, а в эпидемическом лазарете не было заведующего. В Щегловском и Мариинском уездах кадровая ситуация также была сложной: нехватка и высокая текучесть кадров, из-за которой на работу приходилось брать неквалифицированный персонал.

Другой важной проблемой было недостаточное финансирование системы здравоохранения. У государства просто не было средств на то, чтобы обеспечить всем необходимым губернские и уездные отделы здравоохранения. Не хватало медикаментов, практически отсутствовала материальная база. Экономические проблемы в стране привели к изменению внутренней политики и переходу от военного коммунизма к новой экономической политике (НЭП). НЭП предусматривала частичное возвращение рыночных отношений, самокупаемость предприятий.

Следуя логике этих новых экономических тенденций, в 1922 году в Томске, на губернском совещании были утверждены источники финансирования уездного здравоохранения. Среди них: единовременный гражданский налог, самообложение гражданского населения, введение платы за некоторые виды медицинских услуг. К сожалению, принятые меры привели к снижению обращений за медицинской помощью в 3-4 раза [4] с.56.

И, наконец, третья проблема была связана с тем, что реализация реформы местного здравоохранения поручалась не профессионалам в медицине, а партийным и идеологическим деятелям. Например, первым заведующим Кузнецкого отдела здравоохранения был Б. Ф. Оржешко, врач по образованию. Но уже через полгода он был снят с занимаемой должности и его место занял И.П. Колтунов – имевший три класса образования в церковно-приходской школе, но зато активный член Кузнецкой уездной организации РКП(б).

По мере преодоления трудностей борьба с эпидемиями в Кузбассе набирала обороты. С февраля 1922 года во всех угольных районах Кузбасса вводились карантинные меры, все вновь прибывшие проходили санобработку и помещались на временный карантин, создавались дезинфекционные отряды, были организованы эпидгоспитали для изоляции заболевших, проводилась вакцинация. Большое внимание уделялось просветительской работе.

Одновременно с этим предпринимались меры по улучшению санитарно-бытовых условий: на предприятиях создавались сантройки и санпятёрки, в составе которых были медицинские работники. Эти группы организовывали чистку жилых, общественных и заводских помещений. Вводилось такое понятие, как «санитарный контролёр» для активного привлечения к подобной работе местного населения. Тогда же получили широкое распространение «санитарные субботники», «недели чистоты» и т.д.

К 1923 году предпринятые усилия дали свой эффект и введение экстренных мер по борьбе с эпидемиями в угольных районах было прекращено. В масштабах страны ситуация также значительно улучшилась.

В 1924 году при активном участии наркома здравоохранения СССР Н.А. Семашко состоялся Третий Сибирский съезд заведующих здравоотделами [6]. Это событие стало переломным в истории отечественного здравоохранения. Лозунг съезда наилучшим образом отражал вектор развития и перспективы советской медицины: «От борьбы с эпидемиями— к оздоровлению труда и быта». Съезд 1924 года подтверждал успешное завершение борьбы с эпидемиями в стране и оказал решающее влияние на перестройку медицинского дела в сторону профилактического направления.

Выводы

После революции в молодой советской стране установилась крайне опасная эпидемиологическая ситуация. Из-за тяжёлых санитарно-бытовых условий труда и быта, а также перенаселённости промышленных регионов, порог заболеваемости в Кузбассе был одним из самых высоких в Сибири. Благодаря организации местных органов здравоохранения и предпринятым ими комплексным санитарно-гигиеническим мерам, здравоохранение Кузбасса смогло одержать победу над эпидемиями и перейти на новый этап развития – профилактическую медицину.

Источники и литература / Sources and references

1. Сорокина Т.С. История медицины, Т1 / Т.С. Сорокина // М.: Academia., 2008. 210с. с. 187
2. Медицинское законодательство СССР 1917-1939 гг. Как правовая основа становления трансплантологии в стране. Доступно по: <https://cyberleninka.ru/article/n/meditsinskoe-zakonodatelstvo-sssr-1917-1939-gg-kak-pravovaya-osnova-stanovleniya-transplantologii-v-strane/viewer> Ссылка активна на 05.03.2023
3. Принципы советской медицины: история создания Доступно по: <https://cyberleninka.ru/article/n/printsiipy-sovetskoj-meditsiny-istoriya-sozdaniya/viewer> Ссылка активна на 05.03.2023
4. Окс Е. И., Чухров Ю. С., Ермолаев А. Н. История санитарного дела в Кузбассе в XIX-XX веках / Е. И. Окс, Ю. С. Чухров, А. Н. Ермолаев // Кемерово, 2012. 357с.

5. 300 фактов истории здравоохранения Кузбасса. Становление медицинского образования Доступно по: <https://kuzdrav.ru/activity/news/37253/> Ссылка активна на 05.03.2023

6. Культура и быт жителей Сибири в 1921-1925 годах. Доступно по: <https://cyberleninka.ru/article/n/kultura-i-byt-zhiteley-sibiri-v-1921-1925-godah/viewer> Ссылка активна на 05.03.2023

ВАСЕНИНА Д. М.

БЛОКАДА ЛЕНИНГРАДА – ПРОБЛЕМА МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

Кафедра истории

Кемеровского государственного медицинского университета г. Кемерово

Научный руководитель – канд. ист. наук З.В. Боровикова

VASENINA D. M.

**THE SIEGE OF LENINGRAD –
THE PROBLEM OF MOTHERHOOD AND CHILDHOOD**

Department of History

Kemerovo State Medical University, Kemerovo

Supervisor – PhD in History, Associate Professor Z.V. Borovikova

Аннотация: блокада Ленинграда оставила неизгладимый след в истории человечества. Тяжелые условия жизни: голод, холод, бомбардировки, стресс – отразились на здоровье жителей, в том числе на состоянии женщин и детей.

Ключевые слова: блокада Ленинграда, аменорея военного времени, беременные, новорожденные, история медицины.

Abstract: the siege of Leningrad left an indelible mark on the history of mankind. Severe living conditions: hunger, cold, bombing, stress – affected the health of residents, including the condition of women and children.

Keywords: the Siege of Leningrad, wartime amenorrhea, pregnant women, newborns, history of medicine.

Блокада Ленинграда – это одно из самых трагичных и чудовищных событий в мировой истории. 8 сентября 1941 года началась осада фашистской армии северной столицы. В осажденном городе осталось свыше 2,5 миллионов человек, из них – около 400 тысяч детей. Блокадные 900 дней стали тяжелым испытанием как для жителей города, так и для системы организации здравоохранения в то время. Помимо постоянного голода, нехватки питательных веществ, изнуряющих работ на производстве, ситуация обострялась эпидемиями, необходимостью поддержки и охраны здоровья матерей и детей.

Цель исследования – изучить проблемы материнства и детства, возникшие в период блокады Ленинграда, рассмотреть причины их появления, отразить важность сохранения памяти о событиях 1941–1945 гг.

Материалы и методы исследования

Исследование базируется на системном подходе и общенаучных методах анализа и статистической обработке данных. В ходе работы была изучена научно-популярная и научная литература по истории и истории медицины, посвященная проблемам блокадного Ленинграда.

Результаты и их обсуждение

Влияние основных факторов блокады (стресс, холод, голод, бомбардировки) меняет представление о типичных заболеваниях. Повсеместными становятся такие заболевания как авитаминоз, алиментарная дистрофия, гипертоническая болезнь. Помимо этого, на фоне голода, холода, постоянного эмоционального напряжения и стресса у женщин репродуктивного возраста стали наблюдаться нарушения менструальной функции. Самым распространённым заболеванием, вызванным этими факторами, становится аменорея, которая позже получит название: «аменорея военного времени». Зимой 1941 г. около 80–90% женщин страдали этим заболеванием [1].

Клинический синдром аменореи заключается в поражении яичников, а именно с нарушением яичниковой функции изменений половых органов. Наблюдалась однообразная картина тяжелой атрофии половых органов, снижение продукции слизистых желез преддверия влагалища – сухость слизистых. Кроме этого распространенной патологией становится ретроверсия или патологическое положение матки из-за потери ею эластичности и тонуса, выпадение влагалища и матки, появление декубитальных язв [2]. Необходимо отметить, что аменорея могла привести к преждевременному наступлению климакса.

Так, в яичниках при гинекологическом исследовании часто наблюдались общая атрофия, исчезновение фолликулов, развитие соединительной ткани и склероз сосудов. В редких случаях атрофия матки достигала III степени, то есть полностью теряла физиологическую функцию [2].

У женщин из-за дистрофии и авитаминоза часто встречались выпадение гениталий и опущение матки, что сопровождалось расстройством мочеиспускания и появлению язв на шейке матки.

Удивительным является то, что на фоне нарушения менструальной функции, дистрофии, у женщин продолжает сохраняться репродуктивная функция. Патологии беременности были связаны в первую очередь с алиментарной дистрофией, авитаминозом. Эти заболевания более выражено проявлялись у беременных женщин. Отмечалось увеличение поздних токсикозов, вследствие чего проявлялась тяжёлая форма заболевания – эклампсия. В период блокады частота проявления данной патологии составила 10–13%, а летальность от осложнений достигала 30%, что в 7,5 раз превышало

число смертей от эклампсии в довоенное время (регистрируемость – 0,5–07,5%, смертность от 3,5 до 5,4%).

С этими же причинами было связано увеличение частоты поздних выкидышей и преждевременных родов, уменьшение длительности родового акта. Повышалась послеродовая заболеваемость, например, чаще стали встречаться эндометриты, тромбофлебиты, септицемии, септикопиемии и другие [1].

По данным большинства исследователей, материнская смертность от заболеваний и осложнений, вызванных беременностью или родами в блокадном Ленинграде, превысила более чем в 3 раза показатели довоенного времени. По постановлению Центрального Исполнительного Комитета Верховного Совета и Совета Народных Комиссаров СССР от 27 июня 1936 года были запрещены аборт, но в период блокады они были зарегистрированы. Так, в 1941 году – более 32 тысяч. Вырос показатель внебольничных и криминальных абортов (в 5 и 25 раз соответственно). Необходимо отметить, что решение о прерывании беременности в основном принимались не по медицинским, а по социальным причинам, например, проблема отсутствия жилья, невозможность прокормить и содержать новорожденного, отсутствие отца, условия жизни, работа на предприятиях и другое [3].

Однако, несмотря на все трудности блокадного времени, женщины находили в себе силы дарить жизнь и воспитывать детей. Так, родились и вышли живыми из блокады более 38 тысяч рождённых в нём детей [4].

Стоит отметить, что был высокий показатель рождаемости недоношенных детей. Так, одним из факторов доношенности являлась масса тела новорожденного приблизительно равная 2500 грамм (в мирное время средняя масса тела составляла 3200 грамм) [2].

Условия жизни блокадного Ленинграда отразились на физическом развитии плода. Дети рождались с небольшой длиной и малой массы тела, отмечается, что по сравнению с 1940 г. длина тела при рождении уменьшилась на 2 сантиметра, в то время как окружность головы и тела – почти на 1,5 см. В том числе увеличивается количество пороков развития, геморрагических осложнений, гипоксий, расстройств дыхания, желтух, гипогликемии и прочих патологий. Недоношенные дети легко впадали в состояние гипотрофии из-за недостатка питания [2].

Трудности были и с количеством медперсонала: «Были месяцы, когда на 200 новорожденных приходилось лишь три педиатра и четыре медсестры» [5]. Но каждый из них вкладывал все свои силы, чтобы спасти и вылечить этих детей. Вводится принцип работы по системе «единый педиатр», что позволяет наладить связь между детскими поликлиниками и родильными домами, женскими консультациями. Это, конечно, привело к более эффективному наблюдению и лечению больных детей, но, к сожалению, детская смертность и заболеваемость оставалась на высоком уровне. Так, детская смертность до года составляла на

1943 год 3013 человек [4]. Негативные последствия на организм ребёнка, связанные с голоданием, холодом, авитаминозом, осложняли бронхит, пневмония, алиментарная дистрофия.

Помимо этого, блокада привела к изменению детского сознания, которое выражалось в потере гибкости мышления. Некоторые слова приобретали «военный смысл», терялась эмоциональность окраски [3]. Убедительным подтверждением этого может служить рисунок трехлетнего Шурика Игнатьева. В детском садике малыш нарисовал на листе бумаге множество чёрных завитков, а в центре изобразил небольшой белый овал: «Это война, вот и всё. А посередине – белая булка. Больше я ничего не знаю».

Стоит отметить всю храбрость и смелость медицинских работников, которые каждый день продолжали сражаться за жизни ленинградцев. «1943-й. Родильный дом дважды едва не превратился в груды кирпичей. Сначала во время налета попала фугасная авиабомба. Разрушились две палаты и операционные, пострадали 7 человек. Второй раз при артобстреле воздушной волной и осколками снаряда выбило 128 рам, покорежило наружные стены. Чудо, что обошлось без жертв» [6].

Среди захваченных у немцев документов были обнаружены карты Ленинграда, на которых фашисты отдельно отметили как наиболее важные следующие объекты: родильные дома, школы, детские ясли. Так «объект № 708» – Институт охраны материнства и детства, «объект №90» – детская больница им. К. А. Раухфуса, «объект № 102» – Ленинградский институт им. И.П. Павлова, который частично был переделан под больницу [2]. Целенаправленно в списках на уничтожение были не предприятия, связанные с тяжелой промышленностью и с социальной структурой, а максимально отдаленные от войны объекты, где находились мирные, незащищенные граждане: дети, больные, беременные и другие.

Медицинские работники блокадного Ленинграда каждый день поддерживали санитарно-эпидемиологическую обстановку, оказывали первую помощь ленинградцам, пострадавшим от обстрелов, спасали жизни горожан.

Выводы

Проблемы, связанные с состоянием здоровья женщин и детей в период Блокады Ленинграда в первую очередь вызваны авитаминозом, дистрофией, голодом, холодом, психологическим стрессом. Многие женщины и дети выполняли несвойственную им работу на предприятиях, обороняли город. Каждый из них работал для приближения победы своей Родины. Не покладая рук трудились и медработники блокадного Ленинграда, которые оказывали помощь в сложных условиях, стремились спасти жизнь каждого жителя. Мужество, храбрость, смелость этих людей заслуживают уважения. Необходимо помнить об их подвиге, о страшных последствиях военного времени и блокадного кольца на здоровье людей, чтобы избежать повторения этих ужасных событий.

Источники и литература / Sources and references

1. Хромов Б. М., Свешников А.В. Здравоохранение Ленинграда. Краткий исторический очерк. Ленинград, 1969. 81 с.
2. Симоненко В. Б., Абашин В. Г., Александров А. С. Самоотверженность блокадного Ленинграда. Проблемы материнства и детства (к 72-й годовщине снятия блокады) // Клиническая медицина. 2016. №9. Доступно по <https://cyberleninka.ru/article/n/samootverzhennost-blokadnogo-leningrada-problemy-materinstva-i-detstva-k-72-y-godovschine-snyatiya-blokady>. Ссылка активна на 12.03.2023.
3. Скрябина С. Т. Проблема материнства и детства в период Блокады Ленинграда (1941-1944 гг.) (историко-медицинский аспект): специальность 07.00.02. «Отечественная история»: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. ист. наук. Санкт-Петербург, 2008. 25 с.
4. От войны к миру: Ленинград 1944–1945. Сборник документов. СПб: «Лирики России», 2013. 301–302 с.
5. Константинова Н. Н., Башмакова М. А., Старовойтов В. А. Центральный Институт акушерства и гинекологии в годы Великой отечественной войны // Журнал акушерства и женских болезней. 2013. № 6. Доступно по <https://cyberleninka.ru/article/n/tsentralnyy-institut-akusherstva-i-ginekologii-v-gody-velikoy-otechestvennoy-voyny>. Ссылка активна на 12.03.2023.
6. Акушеры-гинекологи Санкт-Петербурга (наука в лицах). 1703–2003. Под ред. Э. К. Айламазова, Ю.В. Цвелева. СПб.: ООО «Издательство «Н-л»; 2003. 154 с.

ГОРБАТЮК С. А., ВАСИЛЬЕВА Э. А., ПОДСЕВАЛОВА С. И.

СПОРТ ВО ВРЕМЕНА ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Кафедра физической культуры

Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово

Научный руководитель – ст. преподаватель А.Н. Брюхачев

GORBATYUK S. A., VASILYEVA E. A., PODSEVALOVA S. I.

SPORT DURING THE GREAT PATRIOTIC WAR

Department of Physical Culture

Kemerovo State Medical University, Kemerovo

Supervisor – Senior Lecturer A.N. Bryukhachev

Аннотация: в работе изложены данные о становлении и развитии спорта во времена великой отечественной войны. Проанализированы характерные изменения спортивных дисциплин и их переход на военный лад.

Ключевые слова: Великая Отечественная война, спорт, военная подготовка, спортсмены, соревнования.

***Abstract:** the paper presents data on the formation and development of sports during the Great Patriotic War. The characteristic changes of sports disciplines and their transition to a military manner are analyzed.*

***Keywords:** the Great Patriotic War, sports, military training, athletes, competitions.*

События великой отечественной войны достаточно глубоко изучены в исторической литературе. Малоисследованным остаются вопросы развития спорта в военное время, так как упор был сделан на защиту родины, отбор и подготовку кадров для красной армии. Несмотря на это, спорт не отошел на второй план, а наоборот, вышел на лидирующие позиции. Физкультурные организации активно включились в проведение военно-физической подготовки населения, предоставив для этого спортивные базы, инвентарь, специалистов. В сентябре 1941 г. было введено всеобщее военное обучение трудящихся. Спортивные объединения совместно с Осоавиахимом и Красным Крестом помогали органам готовить солдат прикладных специальностей.

Цель исследования – изучить базу данных в области физической культуры и спорта во времена великой Отечественной войны, отметить характерные изменения спорта в военное время.

Материалы и методы исследования

Для достижения поставленной цели применялись общенаучные методы исследования, а именно анализ научной литературы с использованием электронных баз данных e.library.ru, «КиберЛенинка», PubMed, экспертные заключения.

Результаты и их обсуждение

Физическая подготовка в военное время включала в себя: допризывную подготовку, подготовку в запасных подразделениях и частях и военно-учебных заведений, восстановительную подготовку, подготовку в действующих частях. Допризывная подготовка характеризовалась военным обучением без отрыва от производства или учебы и составляла 110 часов. Каждый мужчина от 16 до 50 лет был обязан пройти данный вид подготовки. В программу входила общая физическая подготовка, преодоление препятствий, занятия рукопашным боем, лыжами, плаванием, гимнастикой, мотоциклетным спортом (для подготовки водителей). В течение войны такое обучение прошло почти 10 миллионов человек. В запасных подразделениях и частях и военно-учебных заведениях срок обучения был небольшим: от 15 дней до 4-х месяцев. Учеба уже имела специфическую военную направленность: общие тренировки на выносливость, метание гранат, рукопашный и штыковой бой, выбор лучшей тактики преодоления препятствий на поле боя [3]. В частях с выздоравливающими солдатами упор был сделан на способствование скорейшему выздоровлению раненых солдат. Проводилась зарядка, занятия по лечебной гимнастике, в том числе индивидуальные. В зависимости от состояния и вида травм проводились

меры по закаливанию и укреплению организма. У солдат, идущих на поправку, проводились тренировки по рукопашному бою, передвижению на лыжах или плаванию [7]. Лыжной подготовке уделялось особое внимание [1, 2]. С самого начала на фронт добровольно ушли многие спортсмены ДСО профсоюзов, «Динамо», «Спартак», ЦДКА, студенты, учащиеся средних учебных заведений физкультурного профиля. Состав защитников родины был разнообразен, но обязательно располагал лучшими представителями советского спорта, которые становились мастерами разведки, саперного дела, снайперской стрельбы, артиллеристами и пулеметчиками. Неоднократный чемпион страны по боксу Николай Королев сражался в партизанском отряде Героя Советского Союза Д.Н. Медведева, будучи его адъютантом. Он несколько раз выносил с поля боя раненого командира [6]. Спорт в блокадном Ленинграде сигнализировал о том, что город жив. Рассматривая данные о спортивных событиях Ленинграда в военное время, важно отметить, что помимо легендарного блокадного футбольного матча 31 мая 1942 проводились и другие спортивные мероприятия. Вырезки из газет того времени говорят о забегах на сто метров, соревнованиях по гребле, тренировке по волейболу, велосипедному пробегу. В блокадном Ленинграде был проведён первый спортивный день, состоявшийся 31 мая 1942 года, в котором участвовали сотни людей в различных секциях. Вышеупомянутый футбольный матч также прошёл в этот день. В апреле 1942 года Валентин Фёдоров и Аркадий Алов, до войны выступавшие за ленинградское «Динамо», получили приказ разыскать в городе и на фронте футболистов, способных отыграть матч, и собрать команду для товарищеского матча.

Несмотря на очевидные сложности, игроков удалось собрать и начать тренировки, проходившие 2 раза в неделю. За комплектование соперников «Динамо» — команды Ленинградского металлического завода имени И. В. Сталина - отвечал Александр Зябликов, футболист из довоенного состава подведомственного ЛМЗ «Зенита». Зябликов в блокаду был заместителем начальника противовоздушной обороны цеха Ленинградского металлического завода имени И. В. Сталина, а на самом заводе трудились и другие игроки довоенного «Зенита». Место проведения игры — стадион «Динамо» на Крестовском острове. Перед игрой, с согласия судьи Павла Павлова, было оговорено, что таймы будут по 30 минут. Заводчане осознавали, что сил у них немного. При этом, у них были сложности с составом — некоторые включенные в состав на игру так и не вышли на поле (обессилили от голода). Не было у заводчан и вратаря, поэтому в ворота встал защитник Иван Куренков, но все равно не хватало ещё одного футболиста. Тогда динамовцы уступили заводчанам своего игрока Ивана Смирнова. Также упоминание о футбольном матче встречается от 15 сентября 1942 года, игра ленинградских футболистов с московскими.

Игра завершилась со счетом 6:0 в пользу «Динамо» [4]. Несмотря на непростые времена для города, продолжалось приобщение детей к спорту и защите родины, так 6 января 1943 года – был проведен праздник для школьников, где сборные районов смогли посоревноваться в ходьбе на лыжах, умении ползать по-пластунски, перевозке пулеметов, транспортировке раненых на волокушах. 1942 год под лозунгом «Все для фронта» не исключал празднование дня физкультурника, отмечающегося 18 июля, как было принято постановлением Совета народных комиссаров СССР в 1939 году. В этот год Комитет по физкультуре и спорту Ленинграда решил провести праздничные мероприятия 19 июля. По опыту проведения спортивного дня 31 мая, была составлена обширная программа, охватывающая разные районы, начинающаяся утром и длящаяся весь день, вплоть до вечера. Военизированными в День физкультурника были эстафеты, водные переправы, где участники входили в воду в военной форме, с оружием, и велокросс – велогонщик ехал не по треку, а по трассе, изрытой воронками. В соревнованиях принимали участие не только военнослужащие, но и обычные горожане. В 1943 году праздник отмечали 18 июля. Усиленные обстрелы города фашистами не стали поводом для отмены. Результаты победителей состязаний были невысокими, показатели оказались ниже норм третьего спортивного разряда. Спортивные итоги оценивались – стойкостью духа, готовностью к предстоящим боям. [5]

Выводы

В ходе изучения данных о спортивной деятельности во время Великой Отечественной войны стало ясно, что спорт оставался на лидирующих позициях и не отходил на второй план, несмотря на непростое время. Физическая подготовка подгонялась под реалии тех времен, приобщала большое количество людей. Все лица, относящиеся к спорту, самоотверженно отправились служить родине, без исключений. Спорт продолжался даже в Ленинграде, где, казалось бы, главной целью населения было только выжить.

Источники и литература / Sources and references

1. Антипина Р. Г. Спорт (циклические виды) "Плавание", "Легкая атлетика", "Лыжная подготовка": Учебно-методическое пособие для обучающихся» / Р. Г. Антипина, Н. И. Фетищев, А. Н. Брюхачев. Кемерово, 2020. 72 с.
2. Брюхачев А. Н. Отношение студентов к занятиям физической культурой / А. Н. Брюхачев, К. К. Ключун, Е. А. Богомазова // Перспективные направления в области физической культуры, спорта и туризма. Кемерово: КемГУ, 2021. С. 19-21.
3. Булатов А. С. История физической подготовки войск, 1978.
4. Григорьев М. Как праздновали День физкультурника в блокадном Ленинграде.
5. Дунаевский А. Первый блокадный матч. 2-е изд., 2018.
6. Лурье Ю. Первая перчатка страны, 1977.

7. Физическая подготовка выздоравливающих, организационно-методические указания // Военно-санитарное управление Ленинградского фронта, физической подготовки ленинградского фронта // Военное издательство НКО СССР: Ленинград – 1945 г.

ГУРИН Б. А., ЗВЯГИН С. П., ЛАВРУШКИНА В. И.

КЕМЕРОВСКИЙ ХИРУРГ Т. И. ШРАЕР И МОСКОВСКИЙ ПОЭТ В. Д. ФЁДОРОВ: ВРАЧ И ПАЦИЕНТ

Кафедра истории Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово

Кузбасская государственная научная библиотека имени В. Д. Фёдорова, г. Кемерово

GURIN B. A., ZVYAGIN S. P., LAVRUSHKINA V. I.

KEMEROVO SURGEON T. I. SCHRAER AND MOSCOW POET V. D. FEDOROV: DOCTOR AND PATIENT

Department of History

Kemerovo State Medical University, Kemerovo

V. D. Fedorov Kuzbass State Scientific Library, Kemerovo

***Аннотация:** в статье предпринята попытка воссоздать один из эпизодов врачебной деятельности профессора КемГМИ Т. И. Шраера на примере оказания медицинской помощи конкретному человеку – В. Д. Фёдорову. События развиваются на фоне тогдашней советской действительности.*

***Ключевые слова:** Т. И. Шраер, В. Д. Фёдоров, лечение, Кемеровский государственный медицинский университет.*

***Abstract:** the article attempts to recreate one of the episodes of the medical activity of Professor KemGMI T. I. Schraer on the example of providing medical care to a specific person – V. D. Fedorov. Events are developing against the background of the then Soviet reality.*

***Keywords:** T. I. Shraer, V. D. Fedorov, treatment, Kemerovo State Medical University.*

Цель исследования – изучение на примере одного из эпизодов профессиональной деятельности хирурга, профессора КемГМИ Т. И. Шраера его высокой врачебной квалификации.

Материалы и методы исследования

Источниковую базу статьи составили воспоминания, материалы периодической печати, научно-справочная литература. Среди методов исследования надо назвать: сравнительный, анализ и синтез, индукции и дедукции, проблемно-хронологический, опрос лиц, знавших Т. И. Шраера.

Результаты и их обсуждение

«Человек смертен, но это было бы ещё полбеды. Плохо то, что он иногда внезапно смертен». Так говорил Воланд М. А. Берлиозу и Ивану Бездомному в аллее на Патриарших прудах в Москве [1, с. 471].

Тогда, летом 1982 г. внезапно стало плохо поэту Василию Дмитриевичу Фёдорову. Случись это в Москве, где он жил, это было бы одно. Однако это произошло в далёком сибирском селе Марьевка. Здесь прошло его детство и несколько лет юности. Он любил приезжать сюда летом на отдых.

К 1982 г. здоровье Василия Дмитриевича было подорванным. Поэт перенёс инфаркт миокарда, страдал от сопутствующих хронических заболеваний. В тот день, В. Д. Федоров почувствовал резкое ухудшение физического состояния. Он был доставлен в Яйскую районную больницу. Здесь врачи поставили (как выяснилось впоследствии, ошибочный) диагноз «инфаркт миокарда». Начали проводить соответствующее лечение.

В настоящее время ошибочная диагностика инфаркта миокарда практически исключена, электрокардиографическое исследование даёт четкую картину: есть ли сейчас инфаркт, был ли инфаркт в прошлом. На наш взгляд, можно сделать вывод, что ЭКГ В. Д. Федорову в Яйской районной больнице не делали. Это могло произойти только в одном случае – в медицинском учреждении не было аппарата, переносной версией которого в настоящее время оснащена каждая машина «скорой медицинской помощи». Василию Дмитриевичу повезло, он не был «простым» пациентом.

Тогда в дело пошёл «административный» ресурс. Друзья поэта «вышли» на секретаря Кемеровского областного комитета КПСС П. М. Дорофеева. Он курировал в регионе вопросы культуры. По его распоряжению самолётом санитарной авиации В. Д. Фёдоров срочно был доставлен из Яи в Кемерово в областную больницу. Оперировать знаменитого поэта поручили Т. И. Шраеру, одному из выдающихся кемеровских хирургов [9].

Это случилось в выходной день. Название деревни, где был дачный участок хирурга, было известно. Но никто не знал точного адреса [8]. Тем не менее, Теодор Израилевич вскоре прибыл в клинику, поскольку состояние Василия Дмитриевича ухудшалось с каждым часом. Именно Теодор Израилевич смог поставить верный диагноз – перитонит и провел экстренную операцию: «С перитонитом шутить нельзя!». Благодаря Т. И. Шраеру поэту удалось выжить и продолжить свою творческую деятельность. Василий Дмитриевич даже отказался от второй операции в Москве. Он не сомневался в опыте Теодора Израилевича. Он не дал поэту умереть мучительной смертью.

После операции последовали несколько месяцев реабилитации. Василий Дмитриевич лечился в кардиологическом отделении областной больницы. Этому периоду жизни он посвятил несколько стихотворений. В них искренне звучат мотивы боли и страх смерти.

После выздоровления, В. Д. Федоров искренне благодарил как средний и младший персонал отделения, так и Т. И. Шраера. Поэт в знак признательности подарил ему сборник своих стихов с шутливой надписью. В ней в стихотворной форме говорится о том, как ему больно лежать на той части тела, которая больше всех исколото шприцами. В настоящее время книжечка хранится у вдовы хирурга [7]. В Мемориальной комнате-музее поэта в кемеровской библиотеке, носящей его имя, есть ксерокопия этого автографа.

Найти очевидцев пребывания В. Д. Фёдорова в стационаре нам не удалось. Судя по рассказам некоторых коллег, Василий Дмитриевич был достаточно покладистым пациентом, несмотря на излишнюю эмоциональность, свойственную многим представителям его «цеха».

Благодаря стараниям нашего земляка – хирурга Василий Дмитриевич прожил ещё около двух лет. Он умер во время санаторно-курортного лечения в Ессентуках и был похоронен в Москве.

Авторам данной статьи уже приходилось писать о медиках – преподавателях КемГМУ [4, с. 188-196; 5, с. 7-11; 6, с. 73-79]. Пришло время обратиться к очередному персонажу. На этот раз речь идёт о Теодоре Израилевиче Шраере. При выборе его кандидатуры мы руководствовались следующими соображениями: Т. И. Шраер был не только практикующим хирургом, учёным, но и организатором здравоохранения в Кузбассе. Для нас важно то, что много лет он работал в нашем вузе. Наконец, одному из авторов 25 января 2023 г. довелось пообщаться с выпускницей КемГМИ Е. В. Макарчук [8]. Её воспоминания дополнительно мотивировали наш исследовательский интерес. Теодор Израильевич Шраер (1929 – 2018) родился в городе Кингисепп (до 1922 г. Ямбург – авт.) Ленинградской области в семье врачей. Примечательно то, что имя революционера В. Э. Кингисеппа удалено со всех объектов на его родине – Эстонской Республике. Со стороны отца наш герой приходился троюродным братом писателю-врачу Давиду Шраеру-Петрову и литературоведу Омри Ронену. В 1952 г. наш герой с отличием окончил Винницкий государственный медицинский институт (УССР). По окончании вуза 7 лет проработал практикующим хирургом. В 1958 г. успешно защитил кандидатскую, а в 1965 г. и докторскую диссертации.

С 1959 г. работал в Кемеровском государственном медицинском институте (ныне КемГМУ) ассистентом, доцентом и заведующим кафедрой общей (с 1965 г.) и факультетской (с 1968 г.) хирургии. Он пришёл в наш вуз, когда высококвалифицированные учёные и преподаватели были на вес «золота» [12]. Вызывает интерес версия, по которой Т. И. Шраер, оказался в нашем городе. Когда-то его отец – Израиль Азрилевич, много лет, отдавший КемГМИ, сказал сыну: «Хочешь быть настоящим хирургом – езжай в Кемерово, к Подгорбунскому» [10].

Акушером-гинекологом работала супруга Т. И. Шраера – Анна Николаевна. Затем она преподавала в Кемеровском областном медицинском

училище. В семье выросли три дочери. Все они, закончив КемГМИ, связали свою судьбу с медициной. Старшая – Ольга – акушер-гинеколог в Кемерове, кандидат медицинских наук. Вторая – Наталья – заведует отделением переливания крови в Омске. В медицине работает и самая младшая из династии – Анна. Общий стаж династии Шраер – 330 лет [10].

Среди многих наград нашего героя две областные премии имени М. А. Подгорбунского. Мы помни о том, что благодаря Михаилу Алексеевичу, Т. И. Шраер оказался в нашем городе и работал в нашем институте. Многие годы эти два врача были коллегами в нашем вузе [7]. В некрологе, посвящённом Т. И. Шраеру, он назван «основоположником трансплантологии» [14, с. 126].

Для Теодора Израйлевича много значила морального составляющая его профессии. В 2002 г. на страницах российской медицинской газеты он рассуждал на тему: «Почему гуманизм в дефиците?» [11, 23 окт.] Через семь лет в интервью Ольге Тарасовой Т. И. Шраер охарактеризован как: «непревзойденный учитель, эталон порядочного человека. Учёный, лишенный тщеславных стремлений, корректный и этичный по отношению к коллегам». Он сказал тогда: «наука без совести - всего лишь обломки души». Врач, по его словам, – должен обладать важным качеством – состраданием». Как сказал сам Теодор Израйлевич: «Самое главное - оставаться самим собой» [13, № 1].

Другой герой нашей статьи – поэт Василий Дмитриевич Фёдоров (1918 - 1984). Он родился в будущем Кемерово, но его детство и юность прошли в деревне Марьевка (ныне Яйского района). Он горячо любил свою малую Родину и посвятил ей книгу «Марьевские звезды», а также стихотворения «Земля», «Прощай, село» и другие. В стихотворении «Цыганка» женщина нагадала ему несчастье в 1982 г. Так и случилось.

На малой родине поэта, в деревне Марьевка Яйского района Кемеровской области открыт литературно мемориальный музей В. Д. Фёдорова. В 1985 г. прошёл первый, ставший ежегодным, литературный праздник, посвящённый поэту – «Фёдоровские чтения». Решением губернатора Кемеровской области А. Г. Тулеева была учреждена литературная премия имени В. Д. Фёдорова. Её лауреатами стали известные кузбасские поэты – В. М. Баянов, В. В. Махалов, Б. В. Бурмистров, Л. М. Гержидович, С. Л. Донбай. В честь нашего героя названа Кузбасская государственная научная библиотека в Кемерово [15].

Пётр Михайлович Дорофеев (1927 - 2006) после окончания в 1958 г. Новосибирской высшей партийной школы он много лет находился на комсомольской и партийной работе. Он – кавалер трёх орденов Трудового Красного Знамени, отмечен наградами Кемеровской области [3].

П. М. Дорофеева по праву считают «отцом» Фёдоровских чтений, которые стали традиционными. Кузбасский поэт Г. Е. Юров оставил интересные воспоминания о дружбе В. Д. Фёдорова с П. М. Дорофеевым: «В среде творческой интеллигенции легендой живет история о том, как наш прославленный земляк Василий Дмитриевич Фёдоров посвятил стихотворение

Петру Михайловичу Дорофееву. Их связывала многолетняя дружба. Случилось так, что в очередной приезд Василий Федоров заболел и перенес две тяжелейших операции. Одну из них делал наш опытный хирург Теодор Израилевич Шраер. Кемеровские врачи, по сути, спасли тогда жизнь поэта. После этого у Фёдорова родилось стихотворение «Время».

Пётр Михайлович вспоминает: «Прочитав стихи вслух, Фёдоров спросил, нравятся ли они мне. И на мой утвердительный ответ вдруг неожиданно заявил: «Я хотел бы эти стихи посвятить вам». В неловком смущении я пытался говорить что-то о высокой чести, которую не заслужил, какие-то слова благодарности». А он, улыбаясь, пошутил: «К тем стихам, которые вы знаете наизусть, придется добавить еще одно, посвященное вам лично» [9]. На доме в Кемерово по улице Красной – 4, где жил П. М. Дорофеев установлена памятная доска [8].

Выводы

В данной статье: 1. приводится красноречивый пример взаимодействия трёх незаурядных людей, сделавших так много для развития нашей области; 2. важным является и демонстрация морального облика Т. И. Шраера. Это значимо для студентов нашего медицинского вуза в преподавании учебного курса «История медицины».

Источники и литература / Sources and references

1. Булгаков М. А. Мастер и Маргарита // Булгаков М. А. Романы. Кишинёв: Литература артистикэ, 1987. С. 462-767.
2. Дорофеев Пётр Михайлович // Депутатский корпус Кузбасса 1943-2003 / авт. сост. А. Б. Коновалов. Т. I. Кемерово: Кем. кн. изд-во, – С. 292.
3. Дорофеев Пётр Михайлович // Знаменитые новокузнецчане, Государственные и общественные деятели – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://новокузнецк400.рф/persons/329-dorofeev.html> (Дата обращения: 20.02.2022).
4. Башкиров Е. В., Звягин С. П. Врачебная династия Барбараш // История медицины в Сибири: мат. II-й Междунар. научно-практ. конф. (17-18 марта 2021 г., Кемерово) / пред. ред. колл. Т. В. Попонникова. – Кемерово: КемГМУ, 2021. С. 188-196.
5. Гурин Б. А., Звягин С. П., Колесников В. И. Выпускница КемГМУ Е. В. Малышева: пора ученичества // Общественные и гуманитарные науки: междисциплинарный диалог: мат. III Междунар. научно-практ. конф. (29 июня 2021 г., Кемерово) / отв. ред. В. В. Шиллер. – Кемерово: КемГМУ, 2021. – С. 73-79.
6. Звягин С. П. А. Л. Каганов: врач, учёный, педагог // История медицины в Сибири: мат. II-й Междунар. научно-практ. конф. (17-18 марта 2021 г., Кемерово) / пред. ред. колл. Т. В. Попонникова. – Кемерово: КемГМУ, 2021. С. 7-11.

7. Кемеровская государственная медицинская академия. 1956 - 2001: Исторический очерк / Кемеровская государственная медицинская академия. - Кемерово, 2001.
8. Личный архив С. П. Звягина.
9. Махалова Т. И. Только свет и слово: о поэте Василии Федорове: воспоминания, статьи. – Кемерово: Кемеровское отделение Союза писателей России, 2018 – 408 с.
10. Музей Кемеровского государственного медицинского университета.
11. Теодор Шрайер «Почему гуманизм в дефиците?» // Медицинская газета. 2002.
12. Теодор Израилевич Шрайер: Биобиблиографический указатель литературы. Кемерово: КемГМА, 2010.
13. Т. И. Шрайер / интервью О. Тарасовой // Кузбасс (Кемерово). 2009. март. Вып. № 1.
14. Т. И. Шрайер Некролог // Вестник трансплантологии. 2018. Т. XX. № 3. С. 126.
15. http://fedorov.kemrsl.ru/?page_id=36 (дата обращения – 18.02.2023).

ДЕРЕВСКАЯ Е. И.

ИНТЕГРАЦИЯ ПРИНЦИПОВ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И АКТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ В ПОВСЕДНЕВНОСТЬ

Кафедра физической культуры и спорта Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово

Научный руководитель – доцент Н.И. Фетищев

DEREVSKAYA E. I.

INTEGRATION OF THE PRINCIPLES OF A HEALTHY LIFESTYLE AND ACTIVE PHYSICAL ACTIVITY INTO EVERYDAY LIFE

Department of Physical Culture

Kemerovo State Medical University, Kemerovo

Supervisor – Associate Professor N.I. Fetishchev

Аннотация: в данной статье рассмотрены основные принципы здорового образа жизни, особенности правильного питания, расчета калорийности и составления грамотных тренировок на укрепление мышечного корсета.

Ключевые слова: здоровый образ жизни, спорт, кардио тренировка, силовая тренировка, правильное питание.

Abstract: this article discusses the basic principles of a healthy lifestyle, the features of proper nutrition, calorie calculation and preparation of competent training to strengthen the muscular corset.

Keywords: healthy lifestyle, sports, cardio training, strength training, proper nutrition.

Цель исследования – ознакомление студентов с основными принципами здорового образа жизни с последующей интеграцией в повседневность.

Материалы и методы исследования

Предметом исследования является сущность здорового образа жизни. Согласно нашей гипотезе, при правильной интеграции спортивного питания, активной физической нагрузки, существует возможность достигнуть принципов здорового образа жизни.

Для доказательства этого предположения были использованы опубликованные материалы и ресурсы интернет-порталов, а также были привлечены общенаучные методы: анализа и синтеза, индукции и дедукции. А также специальные, включая анкетирование, конкретно-социологические методы и приёмы и различные частные методики.

Объектом исследования выступает проблема интегрирования здорового образа жизни в повседневность.

Результаты и их обсуждение

Проблема интеграции здорового образа жизни остаётся на пике своей актуальности. Некоторая часть населения делала попытки в пользу перехода в сторону здорового образа жизни для изменения и улучшения качества жизни. Далеко не каждый смог прийти к этому, у этого есть своё объяснение. Некоторые считают, что здоровый образ жизни сравним привычке и является прерогативой сильным по духу и воле людям. Основная проблема этого кроится в том, что понятие здорового образа жизни среди обычных людей в большинстве своём является гиперболизированной в мировом масштабе. Часто в семьях остается актуальная привычка к плотному и не всегда полезному приёму пищи. Также в силу неправильного подбора интенсивности физических упражнений, большинство людей могут считать себя не устойчивыми к нагрузке или ленивыми. Такой тип людей придерживается сидячего образа жизни. Всё это можно отнести к понятию самовнушения своей неспособности к чему-либо и приравниванию себя к понятию «маленького человека».

Для обоснования проблемы, стоит разобраться со следующим определением.

Здоровый образ жизни – это индивидуальная система поведения человека, обеспечивающая физическое, душевное и социальное благополучие в реальной окружающей среде и активное долголетие. В то же время здоровый образ жизни делает возможным правильное физиологическое и психологическое функционирование. В совокупности это увеличивает продолжительность жизни и снижает риск серьёзных заболеваний.

Здоровый образ жизни можно представить совокупностью питания, физической нагрузки и режима дня. 3-ий рассмотрим подробнее в следующих исследованиях. Разберемся с каждым составляющим по отдельности.

Питание – это процесс потребления пищи человеком для получения энергии на выполнение каких-либо задач. Прием пищи может быть разным, а при соблюдении здорового образа жизни, именно он является ключевым компонентом к здоровью и к оптимальному функционированию физиологических процессов. Для здорового питания существуют следующие правила:

1. Периодичность питания.

Питаться необходимо не менее 4-х раз в день. При этом следует делить свой рацион на 3-5 приемов пищи. Это нужно для того, чтобы не переесть, принимать еду дробно и маленькими порциями. Последний приём пищи должен быть за 2-3 часа до отхода ко сну.

2. Счетчик калорий. Это правило является основным для достижения той или иной цели. Набору мышечной массы или же сбросу веса. Тогда применяют понятия – профицит калорий и дефицит калорий. Это 2 противоположных

Формула Гарриса-Бенедикта

(ВОО на основе общей массы тела)

Мужчины:

$$ВОО = 66 + (13.7 \times \text{вес в кг}) + (5 \times \text{рост в см}) - (6.8 \times \text{возраст в годах})$$

Женщины:

$$ВОО = 655 + (9.6 \times \text{вес в кг}) + (1.8 \times \text{рост в см}) - (4.7 \times \text{возраст в годах})$$

Коэффициенты активности:

• Сидячий образ жизни = ВОО x 1.2

(мало или совсем не делаете упражнения, сидячая работа)

• Небольшая активность = ВОО x 1.375

(небольшая физическая нагрузка/ занятия спортом 1-3 раза в неделю)

• Умеренная активность = ВОО x 1.55

(достаточно большая физическая нагрузка / занятия спортом 3-5 раз в неделю)

понятия, которые являются ключевыми. Для того чтобы правильно понимать, какое количество еды следует принимать, следует рассчитать основной обмен вещество по формуле Гарриса-Бенедикта:

Рассмотрим на моём примере: *девушка, 18 лет, вес 56, рост 168. Рассчитаем ВОО на основе общей массы тела:*

$$ВОО = (655 + (9,6 * 56) + (1,8 * 168) - (4,7 * 18)) = 1410,4$$

Рассчитаем коэффициент активности при небольшой активности:

$$КАк = 1410,4 * 1,375 = 1939,3$$

Таким образом, получается, что оптимальное количество калорий, которые я должна потреблять составляют 1939,3 ккал.

Следующим этапом является определение своей цели: похудение или набор мышечной массы. Если основная цель состоит в похудении, то используется дефицит калорий. Так для сброса веса на 3-5 кг стоит учитывать дефицит калорий в 10-15% от ранее высчитанного. При желании похудеть более чем на 5 кг, стоит рассчитывать на дефицит калорий в **20%** от рассчитанного

ранее. При наборе мышечной массы используется наоборот – профицит. К рассчитанному по формуле количеству калорий нужно прибавить 20%.

Так, для меня это будет:

$$\text{Дефицит} = 1939,3 - 10\% = 1745,37$$

$$\text{Дефицит} = 1939,3 - 20\% = 1551,44$$

$$\text{Профицит} = 1939,3 + 20\% = 2327,16$$

Следующим этапом следует расчет БЖУ, который будет необходим для полноценного питания. Так, Норма белков составляет 1,5-2 г. на кг. веса. При обычном образе жизни – 1,5 г на кг веса; при интенсивных занятиях спортом от 3 до 6 раз в неделю – 2 г на кг веса. Норма жиров – 1-1,2 г на кг веса. Углеводы рассчитываются по остаточному принципу. Берем количество ккал. на про- или дефицит, рассчитанный по формуле Харриса-Бенедикта и отнимаем от него ккал. от белков и жиров.

Следует учитывать, что в 1 г белка 4 ккал, в 1 г жиров 9 ккал, в 1 г углеводов 4 ккал

$$B = \text{вес} * \text{норма Белков}$$

$$Ж = \text{вес} * \text{норма жиров}$$

$$У = \text{калории на про-/дефицит} - \text{кол-во ккал } B - \text{кол-во ккал } Ж$$

Рассмотрим на моём примере:

$$B = 56 * 1,5 = 84 \text{ г.}$$

$$Ж = 56 * 1,2 = 67,2 \text{ г.}$$

$$У = 1551,44 - (84 * 4) - (67,2 * 9) = 610,64 \text{ ккал.}$$

$$У = \frac{610,64}{4} = 152,66 \text{ г.}$$

По завершении 3-х этапов, следует обратиться к продуктам, содержащим какое-либо количество белков, жиров и углеводов, а также найти рецепты, которые помогут сделать переход на здоровое питание более приятным и малозаметным для организма.

Обратимся к следующей составляющей. Физическая нагрузка – это двигательная активность человека, которая сопровождается повышенным, относительно состояния покоя, уровнем функционирования организма.

Стоит отметить, что одинаковая нагрузка оказывает разное воздействие на разных людей. Это зависит от уровня натренированности, эмоционального состояния, условий окружающей среды. В повседневной практике величину внутренней нагрузки можно оценивать по показателям усталости, а также по характеру и продолжительности восстановления в интервалах отдыха между упражнениями.

Физические нагрузки делятся на силовые и кардио-. Каждая из перечисленных, должна быть включена в план физических тренировок. Тренировки должны чередоваться между собой и нести оздоровительный, но не разрушающий характер. Таким образом, в зависимости от уровня натренированности и длины отсутствия тренировок в жизни человека

определяется нагрузка. Правильная нагрузка должна идти на увеличение (т.е. от наименьшей постепенно возрастает к наибольшей).

Рассмотрим основные виды тренировок. Кардиотренировка - это аэробная нагрузка, которая направлена на ускорение метаболизма при интенсивной работе сердца и легких. Регулярные тренировки длительностью 40-60 минут дают возможность укрепить сердечно-сосудистую систему, повысить выносливость, поддерживать тело в форме.

Любая тренировка, которая заставляет работать сердце в учащенном режиме, относится к кардионагрузке. Для такой тренировки необходимо немного - например, бег, плавание, ходьба на лыжах, танцы, занятие аэробикой, подъем до 9 этажа пешком – уже относятся к такому виду нагрузки. Плюсом ко всему, их можно выполнять регулярно и без лишней экипировки.

Силовая тренировка – это ряд упражнений с собственным весом или отягощением. Их основной целью является увеличение силы мышц, развитие выносливости тела, сжигание подкожного жира, похудение, а также борьба со стрессом. Анаэробные упражнения улучшают красоту и здоровье тела.

Быстрого результата от питания и тренировок не бывает, именно поэтому стоит помнить об интеграции их в свою повседневность. Так, правильно составленный план тренировок поможет эффективно увеличить нужные мышцы. А наличие между ними перерыва 1-2 дня – даст перерыв на восстановление и увеличение мышечного корсета. Также можно тренировать по отдельности верхнюю и нижнюю часть тела, так как тренировка всего тела на ежедневной основе опасна и может привести к травмам. Правильное питание в совокупности со спортом, принесут свои плоды намного быстрее, чем выполнение одних упражнений.

В результате проведения анкетирования среди студентов Кемеровского медицинского университета, было выявлено, что около 41% обучающихся придерживаются здоровому образу жизни и успешно интегрировали его основы в свою жизнь. Однако, около 59% студентов имеют обратную сторону. Из тех, кто не придерживается здорового образа жизни примерно 21% пытались интегрировать здоровые привычки в свою жизнь, примерно 74% знают, но никогда не придерживались, около 5% никогда не знали о понятии здорового образа жизни.

Выводы

Результаты нашего исследования свидетельствуют о том, что среди студентов Кемеровского медицинского университета преобладающим числом являются те, кто не заинтересован в поддержании здорового образа жизни и интеграции полезных привычек в повседневную жизнь. По итогам нашего исследования, мы провели знакомство студентов с основными принципами здорового образа жизни и простыми способами интеграции его в обыденную жизнь. На этом этапе нами были решены все поставленные задачи. Основные

термины и понятия были применены в план занятий по физической культуре на базе Кемеровского государственного медицинского университета.

Источники и литература / Sources and references

1. Основные принципы силовых тренировок. Доступно по: <https://akvamarin.by/chto-takoe-silovaya-trenirovka/>. Ссылка активна на 01.02.2023.
2. Физическая нагрузка. Доступно по: <https://studfile.net/preview/3003911/page:21/>. Ссылка активна 01.02.2023.
3. Формула Харисса-Бенедикта. Доступно по: <https://present5.com/osnovy-racionalnogo-pitaniya-opredelenie-racionalnogo-pitaniya-osnovnye/>. Ссылка активна 01.02.2023.
4. Здоровый образ жизни. Доступно по: <https://gp16.medkhv.ru/index.php/medinfo/32-zdorovyj-obraz-zhizni-i-ego-sostavlyayushchie>. Ссылка активна на 01.02.2023.

ДЬЯКОВА И. Н., ДЬЯКОВ Д. В.

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В АДЫГЕЙСКОЙ ОБЛАСТИ 1922-1926гг.
Майкопский государственный технологический университет, г. Майкоп

DYAKOVA I. N., DYAKOV D. V.

HEALTH CARE IN THE ADYGE REGION 1922-1926.

Maykop State Technological University, Maykop

Аннотация: в статье представлен анализ состояния здравоохранения в Адыгейской области в период ее образования. Появились первые больницы и фельдшерские пункты, диспансеры, постепенно идет увеличение количества врачей, медицинских сестер и мест в больницах.

Ключевые слова: здравоохранение, Адыгейская область, больницы, фельдшерские пункты.

Abstract: the article presents an analysis of the state of healthcare in the Adygea region during its education. The first hospitals and paramedic points, dispensers appeared, gradually there is an increase in the number of doctors, nurses and places in hospitals.

Keywords: healthcare, Adyge region, hospitals, paramedic points.

За счет части территории Майкопского и Краснодарского отдела Кубанской области в 1922г. была образована Адыгейская автономная область. Майкопский отдел с управлением в г. Майкопе, входил в состав Кубанской области с 1888г. В 1917 году Майкопский отдел занимал 16428 км², население составляло 311459 человек, в него входит город Майкоп; 50 станиц; 14 аулов; 4

селения; 27 сёл; 5 имений; 7 посёлков; 113 хуторов. До революции в Майкопском отделе (вместе с г. Майкоп) было 11 нормальных вольных аптек, 16 сельских и 8 аптекарских магазинов. В 1915-1916г. в Майкопском отделе были следующие лечебные заведения: в ст. Апшеронская войсковая больница на 31 койку, Переправный войсковой приёмный покой – 6 койку, Тенгинский – бк, Гиагинский - бк, Михайловский -бк., Царский - бк., больница нефтепрома Майкопского района - 20койку, частная стационарно-амбулаторная лечебница ссудо-сберегательного товарищества ст. Некрасовской. Войсковые больницы имели при себе аптеки. Штат сотрудников зависел от размера больницы. В войсковых больницах Майкопского отдела существовала должность аптечный фельдшер [1].

Цель исследования – проанализировать состояние здравоохранения в первые годы после революции на территории Адыгейской автономной области.

Материалы и методы исследования

В исследовании использовали материалы государственных архивов Краснодарского края (ГАКК) и Национального архива Республики Адыгея (ГУ НАРА). Применяли метод медико-исторического описания.

Результаты и их обсуждение

Великая Октябрьская социалистическая революция провела реорганизацию здравоохранения. 26 октября 1917 года при Военно-революционном комитете был организован медико-санитарный отдел.

В январе 1918 года декретом Совета Народных Комиссаров был создан Совет врачебных коллегий. 11 июля 1918 года был организован Народный комиссариат здравоохранения, а 18 июля 1918 года утверждено положение о Наркомздраве. 27 июля 1918г выходит статья № 616 Постановление Народного Комиссариата Здравоохранения «О регулировании продажи и отпуска аптекарских товаров». Всем аптекарским магазинам и складам запрещалось именоваться «аптекарскими» и вести торговлю фармацевтической продукцией. Распоряжением №4420 от 7 октября 1919г сельские аптеки подлежали закрытию или объединению с лечебными пунктами [5].

Общее руководство деятельностью национализированных аптечных учреждений было передано фармацевтическим подотделам, которые были созданы при медико-санитарных отделах местных Советов. В начале 1919 года состоялся I Всероссийский съезд фармацевтических подотделов. По распоряжению фармацевтического отдела Наркомздрава РСФСР в каждой аптеке выделялся контролер, который должен был проводить проверку изготавливаемых лекарств.

В марте 1920 года на Кубани после разрушительной гражданской войны была образована Кубано-Черноморская область, во главе с исполнительным органом Кубано-Черноморским экономическим совещанием (Кубчерэкосо). Кубчерэкосо сочло возможным организовать аптекоуправление в г. Краснодаре и ввести хозрасчетные начала в работу аптек [2].

Также в марте 1920г. был создан Отдел здравоохранения Кубано-Черноморского областного революционного комитета. С января 1921 года – Кубано-Черноморский областной отдел здравоохранения Исполнительного комитета Кубано-Черноморского Совета рабочих, крестьянских, красноармейских, казачьих и горских депутатов.

Адыгейский (Черкесский) областной отдел здравоохранения был организован в 1922г и координировал работу районных отделов здравоохранения, занимался строительством медицинских объектов в области. Так как до 1936г. город Майкоп не входил в состав области, то считалось, что до революции в Адыгейской автономной области не было лечебных учреждений. Основная роль советской власти в развитие здравоохранения в Адыгейской области заключалась в открытие аптек, фельдшерских пунктов, больниц, диспансеров.

Для оценки проблем здравоохранения, нужно понимать, что область состояла из мелких населенных пунктов. Самым крупным из них было село Натырбово. В среднем на один населённый пункт приходилось 70-100 хозяйств, и то таких поселений было мало, большинство представляли собой населенный пункт из 10 хозяйств. Область состояла из пяти районов: Тахтамукаевский, Понежукаевский, Преображенский, Хакуринохабльский и Натырбовский. В каждом районе центре был райздравотдел. Всего в области было 351 селение. Такой разброс мелких населённых пунктов затруднял школьное, врачебное и ветеринарное обеспечение. В среднем на 100кв.км. приходилось 3778 человек обоих полов. Для того времени это значение было выше чем средняя плотность по РСФСР. Обеспечение лекарствами было слабым и происходило в больницах, фельдшерских пунктах и аптеках. В Тахтамукаевском районе была одна больница в ауле Пчегатлукай, медицинские станции с одним врачом в ауле Афипсин, Шеджин, там же имелась малярийная станция, фельдшерский пункт с одним фельдшером были в ауле Тахтамукай, Лакшукай. В 1925 году Пчегатлукайская больница состояла из восьми помещений. Но вскоре больница была перенесена в аул Понежукай, а здание отдали администрации сельского совета, а затем передали под начальную школу. В Понежукаевском районе врачи работали на медицинских станциях в лесничестве Курго-дворе, ауле Понежукай, Шабанохабль, фельдшерский пункт с одним фельдшером принимал больных в ауле Ассолокай, Лакшукай. В Преображенском районе работала одна больница и тубдиспансер в селе Еленовское, и один врач на медицинской станции в селе Николаевское, имелся фельдшерский пункт с фельдшером в ауле Адамий, Джамбечи, в селе Белое. В Хакуринохабльском районе была одна больница, детская консультация, венерический диспансер в ауле Хатажукай, фельдшерские пункты с фельдшером были в ауле Мамхег, Уляп [6].

Очень подробно о работе Хатажукайской больницы описано в воспоминаниях хирурга Валентина Хенкина: «Больница - одноэтажное здание, приспособленное под больницу, с огромным двором, конюшней и коровником.

Больница имела трех лошадей, двух коров, десять кур и шесть индеек. Сама больница имела терапевтическое отделение, хирургическое, гинекологическое и родилку. Убогое здание без водопровода, электричества и канализации. Вход в операционную через коридорчик, проходивший рядом с туалетом. Рядом с больницей, с общим ходом, помещалось кожно-венерическое отделение, а во дворе врачебный участок. Неподалеку расположились кож вендиспансер, детская консультация и лаборатория. ...Был один молодой терапевт, не оперирующая женщина-гинеколог, хирург, старушка педиатр, такая глухая, что в разговоре ей нужно было кричать в ухо, врач-лаборант и двое супругов - "венерологи". Средний персонал был мало квалифицированный и очень пожилой...» Также в Хатажукае была аптека в которой работали и жили при ней два человека - заведующий аптекой и его помощник [7].

В Натырбовском районе функционировала одна больница в селе Натырбово и принимал один врач на медицинской станции в ауле Блечепсин, фельдшерский пункт с фельдшером работали в ауле Блечепсин, Ходзь [6].

О состоянии здравоохранения в Адыгейской области (1924 г.) есть заметка в газете Адыгейская жизнь, где отмечается, что «население страдающие от лихорадки и многих заразных болезней, нуждается в медицинской помощи» и подсчитано, что больниц в области три с 125 койками (на одну койку приходится 511 человек), врачебных участков 12 (один участок радиусом 8 верст), фельдшерских пунктов 14, зубоврачебных амбулаторий – 3, медперсонала врачей – 32 (один врач на 5600 человек), фельдшеров и фельдшериц - 22, зубных врачей – 2. Расходы на здравоохранения одного жителя области составляют 1 рубль 37 копеек. Количество больничных коек на область в 1926г. выросло до 290. Число фельдшерских пунктов сократилось до 10, они закрывались как не достигающих своей цели заведения. По области сохранилось 12 врачебных участков, где на один приходилось 8600 человек. Начинают формироваться специальные лечебные учреждения. Так в ауле Хатажукай открывается венерический диспансер со стационарным отделением. Там же организован дом Санитарного просвещения. В ауле Шенджий начинает работу туберкулезный диспансер. В ауле Хатажукай создана консультация по охране младенчества и материнства. Расходы на здравоохранения одного жителя области увеличились и составили 2 рубля 28 копеек [4].

Для сравнения в РСФСР в 1926/1927 средние медицинские расходы на душу населения составляли 3руб. 55коп.

В газете Красный пахарь (1926г.) в статье «Здоровье на селе» отмечается неудовлетворительное состояние Фарской окружной больницы «...возле палат и у самого порога лужа зловонной грязи...белье на больных не чистое и халаты видимо раз в месяц стираются. Порядок приема и осмотра больных непозволительный, люди стоят в очереди давя друг друга и ругаясь, врач по гинекологии приходит к 11 часов, доктор терапии в 12.».

Большинство местного населения лечилось у знахарей и из-за отсутствия медикаментов использовало народные лекарственные средства. В той же газете отмечается отсутствие комсомольской морали в половом вопросе у молодежи «... 18 июня в ст. Хачекой состоялся суд, устроенный ячейкой ВЛКСМ над комсомолкой, сделавшей аборт у знахарки. Постановление: комсомолку исключить из организации, над знахаркой устроить показательный суд». В ауле Тахтамукай открывается консультация для женщин и детей, где работает сестра с врачом, для привлечения черкешенок приглашают переводчика. Врач с сестрой ходят по домам проверяя состояние больных и следя за выполнением назначения [3].

Выводы

В результате можно отметить, что здравоохранение в Адыгейской области последовательно, медленно развивалось. Появились больницы и фельдшерские пункты, диспансеры, увеличилось количество мест в больницах. Местному населению облегчали доступ к медицинским услугам путем введения в штат переводчика, увеличилось количество врачей и медицинских сестер. Но по сравнению со всей страной, обеспечение здравоохранения было слабым и ощущалась нехватка квалифицированного персонала, оборудования и медикаментов.

Источники и литература / Sources and references

1. ГАКК. Ф. 742. Управление атамана Майкопского отдела Кубанской области, г. Майкоп, 1888 - 1920 гг. Доступно по: <https://alertino.com/ru/349342> Ссылка активна на 05.03.2023.
2. ГАКК. Ф. Р-157. Оп. 1. Д. 9. Л. 203.
3. ГУ НАРА. Здоровье на селе // Красный пахарь №151 (861)
4. ГУ НАРА. Мельников Б. Народное здравоохранение в Адыгее. К I съезду советов / Б. Мельников // Адыгейская жизнь. 1926.
5. Положения, циркуляры и инструкции Народного комиссариата здравоохранения Государственное издательство Типография №4. Н. Новгород, 1921. 374с.
6. Список, населенный пунктов Адыгейской автономной области. // Издание Адыгейского областного Статистического областного отдела. Краснодар. Бюллетень 1-2. 1926г. 45с.
7. Валентин Хенкин Буденновец, хирург, художник... Воспоминания. Доступно по: <https://berkovich-zametki.com/Nomer25/Henkin1.htm> Ссылка активна на 05.03.2023.

ЖАУАДИ САРА

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ СИБИРИ

Отдел по работе с иностранными студентами

Материалы IV Международной научно-практической конференции
«История медицины в Сибири». Кемерово, 2023

Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово
Научный руководитель – преподаватель-переводчик А. Ю. Бородкина

JAOUADI SARRA

MEDICINAL PLANTS OF SIBERIA

International Department

Kemerovo State Medical University, Kemerovo

Supervisor – Lecturer-Translator A.Yu. Borodkina

Аннотация: в статье освещаются основные вехи исследования разнообразной флоры Сибири, даны характеристики активным веществам, которыми богаты сибирские растения, указано, для каких лечебных целей они применяются и в каких растениях содержатся.

Ключевые слова: лекарственные растения, Сибирь, активные вещества, витамины.

Abstract: the article highlights the main milestones in the study of the diverse flora of Siberia, gives characteristics to the active substances that are rich in Siberian plants, indicates for what medicinal purposes they are used and in which plants they are contained.

Keywords: medicinal plants, Siberia, active substances, vitamins.

Objective: To study the main milestones in the study of Siberian flora. Designate the active substances and their medical significance in plants typical for the territory of Siberia.

Materials and Methods

Comparative historical, systematization and generalization.

Results and Discussion

Man is a part of wildlife and it was in it that he sought food, clothes, housing, and medicines for himself. It is known that even primitive people used plants in the treatment of diseases.

Over time and as civilization has developed, the use of herbal medicines has become increasingly important. In ancient Egypt, India, China, and then in Greece and Rome, there were written instructions about the types and methods of using herbs in medicine. The number of described medicinal plants in these countries reached 12 thousand species.

As for the territory of Siberia, the so-called Tibetan medicine, which arose about 3000 BC on the basis of even more ancient Indian medicine and supplemented with information from Chinese and Mongolian sources, played a special role here. From the Tibetans, the use of medicinal plants became known to the ancient population of Siberia.

The scientific study of Siberian medicinal plants began in 1725, when the Imperial Academy of Sciences organized expeditions for a comprehensive study of this rich region. However, medicinal plants were not the main goal of these expeditions, and the information about them was fragmentary. Nevertheless, since that time, interest in the medicinal flora of Siberia has increased.

With the opening of the Tomsk State University in 1888, a new stage in the study of medicinal plants in Siberia began.

A comprehensive and systematic study of medicinal plants in Siberia unfolded during the Great Patriotic War. When Ukraine and Belarus, the territories where medicinal plants were mainly grown, were temporarily occupied by the Nazi invaders, the question of finding substitutes and breeding the missing medicinal plants in Siberia arose.

In the postwar years, a comprehensive study of promising medicinal plants of Siberia continued in Tomsk, in addition, teams of versatile specialists arose in Novosibirsk, Irkutsk, Krasnoyarsk, Omsk, Kemerovo and other cities of Siberia. Only in Western Siberia there are more than 3,400 species of plants, of which at least 600 species are medicinal.

All herbal medicines according to their effect on the body are divided into several groups. The main ones are cardiac, hemostatic, expectorant, enveloping, gastrointestinal, diuretic, choleric, anthelmintic, diaphoretic, vitamin-bearing. But some plants are sometimes difficult to attribute to only one group, since they contain several active substances and can be used in the treatment of various diseases. Each medicinal plant, among many of its constituent substances, contains one, two or more substances, on which its therapeutic effect depends. These substances are called active substances of plants; even in very small quantities, they have a strong effect on the human or animal body [1].

Several groups of active substances are now known:

- alkaloids,
- glycosides,
- essential oils,
- resins,
- saponins,
- organic acids,
- phytoncides,
- mucous and tannins,
- vitamins,
- flavonoids,
- coumarin and triterpene compounds,
- trace elements and some others.

Depending on the predominant content of certain substances, plants are called alkaloid-bearing, glycoside-bearing, essential oil, etc.

Medicinal plants containing alkaloids and glycosides as active substances are of the greatest value from a medical point of view.

Alkaloids usually have a strong effect on the human or animal body. In large quantities, they are usually very poisonous, and in small doses they serve as excellent remedies. For example, the herb of the henbane *Hyoscyamus*, an alkaloid-bearing plant, can be easily poisoned. However, when used correctly (in small doses), poisonous henbane serves as a good pain reliever. In plants, the amount of alkaloids is usually small and ranges from hundredths of a percent to 1-2. As an exception, there are also large amounts of alkaloids. For example, in the bark of the cinchona tree (does not grow in Siberia), they can be up to 16%.

Glycosides are substances widely distributed in the plant world, which include the so-called sugar part (various sugars: glucose, rhamnose, xylose, etc.) and the non-sugar part, or aglycone. Aglycone can be represented by essential oils, resins, steroids, alkaloids, flavonoids, etc.

Many glycosides, like alkaloids, are very poisonous. Among the glycosides that are important in medicine, the so-called cardiac glycosides, or cardiac poisons, are especially valuable. Taken in small doses, these substances stimulate the heart, and in large quantities they act as heart poisons, causing cardiac arrest.

Cardiac glycosides are the active substances of plants such as lily of the valley (*Convallaria majalis*), foxglove, *Adonis vernalis*, etc.

The group of glycosides also includes saponins. They can also be therapeutic agents, since they are characterized by an expectorant effect (in appropriate doses). Essential oils are complex mixtures of various chemical compounds with a strong odor. Essential oils are found in various parts of plants. At the same time, depending on the location of the plants, they may have a different composition and smell [2].

Due to the diversity of their chemical composition, essential oils also have a variety of effects on the body: some excite the nervous system (wormwood oil), others act on the heart (camphor), others are used as an anthelmintic (birch bark oil). Often, essential oils are used to improve the taste and supply of medicines, but most often they are used in perfumery, cosmetics, soap making and the food industry.

The group of essential oil plants includes such species as wormwood (*Artemisia*), valerian (*Valeriana officinalis*), sea buckthorn (*Hippophae*), fir (*Abies*), yarrow (*Achillea millefolium*), pine (*Pinus*), thyme (*Thymus*), etc.

Resins can also be active substances of the plant. The use of resins in medicine is rather limited; inside they are rarely used, somewhat more often - externally, as a disinfectant, astringent and as a sticky substance in plasters.

Tannins are found most of all in the bark and roots of plants. These are non-poisonous chemical compounds with a characteristic astringent taste. They have a complex composition, one of the main parts of which are catechins. Tannins have an astringent effect on the body. Plants containing them: willow (*Salix*), burnet (*Sanguisorba officinalis*), bird cherry (*Prunus pádus*), blueberries (*Vaccinium myrtillus* or European blueberry), sorrel, etc. are usually a good remedy for diarrhea [3].

The therapeutic effect of some medicinal plants is associated with the presence of organic acids in them. Organic acids are most often found in fruits and especially in berries. They are used as a dietary, thirst-quenching, antipyretic agent.

Vitamin-containing plants have acquired particular importance in medicine. The word vitamins in Latin means vital amines (vita - life, amines - one of the groups of chemical compounds), i.e. chemical compounds necessary for the life of the body [4]. Scientists have established several vitamins that are found in wild plants and are necessary for normal human life. The most important and common of these are vitamins C, A, and K.

Vitamin C, or antiscorbutic vitamin, in addition to treating scurvy, has a beneficial effect on the human body, contributes to the speedy recovery of patients. A lot of vitamin C is found in wild rose (*Rosa rubiginosa*), blackcurrant, sea buckthorn, sorbus, bird cherry, nettle (*Urtica dioica*), and other plants.

In the absence of vitamin A in the body, growth stops, a serious eye disease occurs - xerophthalmia, or the so-called "night blindness", when a person does not see well at dusk. In general, vitamin A is necessary for a person so that the skin and mucous membranes are always in good condition. In the form of provitamin A, or carotene, it is found in wild rose, mountain ash, sea buckthorn, nettle, yarrow, St. John's wort, etc. [5].

Vitamin K has a hemostatic effect, as it favorably affects blood clotting. Vitamin K is found in nettles, yarrow and other plants.

On a large number of experiments, it was also established that the amount of active substances in plants, and hence their activity, are not the same: much depends on the type of plant, on the date of collection, place of growth, methods of drying and storage of medicinal raw materials. Therefore, it is necessary in each individual case to know how to procure medicinal plants in order to obtain raw materials suitable for medical use.

Medicinal plants are most often used as raw materials for the preparation of drugs that are used for treatment. These can be tinctures, extracts, infusions and decoctions, as well as ointments, plasters, powders, etc.

At first glance, there is no diverse and useful flora in Siberia. But in fact, Siberia is rich in unique plants that can help in the treatment of various diseases. Since the possibility of plant contamination, intolerance or allergy to herbs, and other reactions is not excluded. Therefore, when using phytopreparations, it is necessary to keep in mind and take into account all the risks associated with their appointment.

Conclusion

Based on the analysis of the data obtained, it can be concluded that the active substances contained in the medicinal plants of Siberia have a wide range of health-improving effects on the body. They have been known for a long time and are actively used today.

Источники и литература / Sources and references:

1. Phytochemical analysis and evaluation of leaf and root parts of the medicinal herb Доступно по: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4025295/> Ссылка активна на 05.03.2023
2. Корсун В. Ф. Фитотерапия. Традиции Российского травничества / В. Ф. Корсун, Е. В. Корсун // М.: Эксмо., 2010. 870 с.
3. Николаев Н. А., Ливзан М. А. Биологические растения и грибы Сибири в клинической медицине / Н.А. Николаев, М.А. Ливзан // Омский гос. мед. ун-т. М.: Издательский дом Академии Естествознания., 2019. 382 с.
4. Некоторые аспекты современной фитотерапии Доступно по: <file:///C:/Users/Дом/Downloads/nekotorye-aspekty-sovremennoy-fitoterapii.pdf> Ссылка активна на 05.03.2023
5. [katalog_lekarstvennyh_rastenij27.10.pdf](file:///C:/Users/Дом/Desktop/katalog_lekarstvennyh_rastenij27.10.pdf) Доступно по: file:///C:/Users/Дом/Desktop/katalog_lekarstvennyh_rastenij27.10.pdf Ссылка активна на 05.03.2023

ЗВЯГИН С. П.

Е. Х. фон АРНОЛЬД – ПИОНЕР ЗУБОВРАЧЕБНОГО ДЕЛА В ХАРБИНЕ

Кафедра истории

Кемеровского государственного медицинского университета, Кемерово

ZVYAGIN S. P.

E. H. von ARNOLD – PIONEER OF DENTAL PRACTICE IN HARBIN

Department of History

Kemerovo State Medical University, Kemerovo

Аннотация: отношения нашей страны, как бы она не называлась, с Китаем насчитывают несколько веков. Особую страницу составляет пребывание выходцев из России на территории Китая. В нашем случае речь идёт о начале зубоврачебной помощи в Маньчжурии (Северо-Восточном Китае) в первой трети XX в. Первым врачом была, приехавшая из России, Е. Х. фон Арнольд. Её муж – Р. А. фон Арнольд много лет возглавлял полицию в Харбине.

Ключевые слова: Е. Х. фон Арнольд, Р. А. фон Арнольд, Харбин, зубоврачебное дело, полиция.

Abstract: the relations of our country, whatever it is called, with China date back several centuries. A special page is the stay of immigrants from Russia in China. In our case, we are talking about the beginning of dental care in Manchuria (Northeast China) in the first third of the XX century. The first doctor was E. H. von Arnold, who came from Russia. Her husband, R. A. von Arnold, headed the police in Harbin for many years.

Keywords: E. H. von Arnold, R. A. von Arnold, Harbin, dentistry, police.

Цель исследования – в результате анализа конкретных документов различного характера выявить и осмыслить особенности и закономерности адаптации выходцев из России к китайской действительности начала XX в.

Материалы и методы исследования

В работе были использованы документы Государственного архива Российской Федерации (ГАРФ), воспоминания, материалы отечественной и зарубежной периодики, справочные материалы, научная литература.

При проведении исследования использовались такие традиционные методы как сравнение, анализ и синтез, принцип историзма, объективности, проблемно-хронологический методы, а также метод ретроспективного анализа.

Результаты и их обсуждение

Героиня нашей статьи – баронесса Екатерина Христофоровна Майдель (в замужестве фон Арнольд) русская и православного вероисповедания родилась 19 апреля 1878 г. Девушка получила, как тогда писали, «воспитание», в Смольном институте благородных девиц в Санкт-Петербурге. Затем училась в зубоврачебной школе Шимановского в Варшаве. Это учебное заведение открыл 22 сентября 1891 г. дантист Я. Л. Джеймс-Леви, когда перевёз сюда из Вильно свои зубоврачебные курсы [23]. Звание зубного врача ей было присвоено медицинским факультетом Императорского Харьковского университета.

В 1908 г. из Варшавы она переехала в Маньчжурию (Северо-Восточный Китай). В Харбине устроилась на работу в Центральную больницу и больницу Красного Креста. В 1911 г. Елена Христофоровна основала 1-ю Харбинскую зубоврачебную практику [13, С. 4-5]. До 1922 гг. она была не только учредительницей, собственницей, но и директором (до 1938 г.) 1-й зубоврачебной школы. В. А. Слободчиков называет её даже Высшим зубоврачебным училищем [19, С. 177].

Е. Х. фон Арнольд учредила и маньчурскую группу обучающихся. Здесь преподавание велось на маньчжурском языке. В 1938 г. занятия по всем предметам здесь велись на ниппонском (японском) языке. Преподавателями были четыре японца, которые высшее образование получили в Токио.

Целями создания и существования маньчжурской группы были не только желание принести пользу государству, но и снижение размера оплаты за обучение для русских учащихся. Причём со временем предполагалась для них почти бесплатное обучение.

Среди педагогов 1-й харбинской зубоврачебной школы по русскому отделению были: Е. Х. фон Арнольд, Н. Я. Худыковский, С. К. Сажин, Н. И. Шишкина, И. Д. Прищепенко, А. Л. Пуле, И. Ф. Олюнин, В. В. Осипов, А. М. Жуковский, К. П. Попов, Н. П. Голубев, Н. А. Небышенкова и Н. Н. Лучкин. И. Д. Прищепенко в годы гражданской войны служил управляющим Амурской областью [8, С. 73-78].

Среди педагогов 10 человек – врачи с высшим образованием. Остальные три преподавателя имели специальное зубоврачебное образование. Все педагоги – эмигранты из России.

Е. Х. фон Арнольд до 1921 г. считалась единственной учредительницей, владелицей и директором. В 1921 г. она передала право на учебное заведение и её имущество Петру Филипповичу Карвовскому. Когда он умер в 1923 г., то школа перешла к его наследникам. В 1929 г. наша героиня арендует её у наследников П. Ф. Карвовского. Более того, в 1938 г. она выкупает у них 75% прав на эту школу. Е. Х. фон Арнольд заменила прежний инвентарь на более современный и дорогой. Таким образом, она по факту стала владелицей школы и её директором.

Деятельность учебного заведения за все время его существования была на высоком уровне. Её популярность обеспечивалась образцовой постановкой преподавания. Обучение в школе постоянно совершенствовалось. Учебный процесс вёлся по системе, которая принята в Токийской высшей зубоврачебной школе, с которой поддерживалась тесная связь. Это привлекало всё новые и новые группы учащихся.

Состав групп был только русским. Школа не имела прибыли, так как маньчжурское отделение долго не приносило больших денег. Все удавалось выручить шло на его же расширение. Только со временем доходы от данной группы стали компенсировать дефицит, создаваемый русским отделением. За период с 1911 по 1938 гг. это учебное заведение окончили 1419 специалистов. Среди них было: русских – 550, маньчжуров – 40, техников – русских – 729, маньчжурских – 100. Школа имела несколько дополнительных заведений. Их учредительницей также являлась Е. Х. фон Арнольд. Это, в частности, фельдшерско-акушерская школа. Её возглавлял С. К. Сажин. При школе была зубоврачебная клиника, отделение которой было в Фуцзядне. У детища Е. Х. фон Арнольд были перспективы. 8 февраля 1938 г. она, по указанию Министерства народного благосостояния, подала прошение об открытии на базе школы Харбинского высшего зубоврачебного института [13, С. 8].

В Новосибирске в своё время выходило издание «На сопках Маньчжурии». В одном из номеров была опубликована фотография из альбома Веры Афанасьевны Медзыховской. На неё несколько учащихся 3-го семестра 1928 г. этого учебного заведения. Вот их имена: Дина Яковлевна Топаз, Миля Дубсон, Лиза Полонская, Валя Ильина, Тоня Допотелло, Фаня ?, Ольга Лозовая. Может быть, кто из наших читателей знал этих людей? [13, С. 6].

У нашей героини – Екатерины Христофоровны фон Арнольд была сестра – Елизавета Христофоровна Рачинская. Будучи престарелой, в начале 1970-х гг. она жила в Лондоне со своей дочерью журналистской Елизаветой Николаевной Рачинской. Её мужем был Иван Аркадьевич Гусельников,

Теперь пришёл черёд рассказать о муже зубного врача. Им был Р. А. фон Арнольд. В России было известно несколько человек с такой фамилией. Среди них: художник, пианист, музыкальный теоретик лесовод [18, С. 74-77].

В нашем случае речь пойдёт про офицера. Роман Аполлонович фон Арнольд родился 22 августа 1871 г. в Казани, Российская империя. Происходил из остзейского немецкого дворянского рода. «Воспитывался» в 3-й военной императора Александра II-го гимназии (Санкт-Петербург). В 1878-1900 гг. её директором служил генерал-майор К. В. Рудановский. В 1889 г. наш герой окончил 2-й Петербургский кадетский корпус, который до 1882 г. именовался 2-й военной гимназией. В 1878-1891 гг. учебным заведением командовал полковник, впоследствии генерал-майор А. Н. Макаров.

Затем последовала учёба в Константиновском артиллерийском училище (Санкт-Петербург). В некрологе о нашем герое учебное заведение ошибочно названо Константиновским кавалерийским училищем. В эти годы во главе его находился генерал-майор, затем генерал-лейтенант А. К. Волар. В 1891 г. Р. А. фон Арнольд был «выпущен» в чине подпоручика в 17-ю артиллерийскую бригаду. По информации из посвящённого ему некролога, начал службу на Дальнем Востоке, был участником русско-японской войны. Однако мы располагаем другими сведениями.

10 августа 1894 г. он был произведён в поручики. 1 июня 1895 г. в его судьбе произошло важное событие. В тот день наш герой перешёл служить в систему министерства внутренних дел. 2 сентября 1899 г. он получил назначение полицмейстером в городе Седлецы Царства Польского Российской империи (ныне Сёдльцы, Польская республика – авт.). 6 декабря 1897 г. Р. А. фон Арнольд был награждён орденом Св. Станислава III-й степени. В 1905 г. его перевели на ту же должность в Харбин. Этот город находится на КВЖД, построенной Россией. Он входил в т. н. «полосу отчуждения», подпадающую под российскую юрисдикцию [27].

Мы уже писали, что Роман Аполлонович был женат на Екатерине Христофоровне, баронессе Майдель. В Харбине их семья жила в Новом Городе, на Большом проспекте. Нам известны служебные адреса четы Арнольд в Харбине по состоянию на 1914 г. Это управление полицмейстера: ул. Полицейская – 20, тел. № 172. Зубной врач Е. Х. фон Арнольд принимала пациентов по адресу: ул. Китайская – 8 [20, С. 444, 463]. Копии фотографии упомянутых улиц и здания Управления КВЖД опубликованы в монографии С. С. Левашко [12, С. 71, 104-105].

Р. А. фон Арнольд, по авторитетному мнению Е. Х. Нилуса, зарекомендовал себя блестящим организатором. При нём городская полиция несла службу «образцово» и по выучке не уступала даже столичной. Это не раз отмечали такие специалисты как генерал китайской службы, норвежец Мунте, организовавший пекинскую полицию, обер-полицмейстер Варшавы Мейер и др. [9, С. 543-544; 3, 24 сент.].

По-видимому, к периоду Первой мировой войны (1914 – 1918 гг.) относятся воспоминания Ю. В. Крузенштерн-Перетц. В них автор сообщает, что Р. А. фон Арнольд разгромил тогда в Харбине целую шпионскую организацию, состоявшую из популярного в городе врача барона Будберга, инженеров и др. Злоумышленники готовили взрывы железнодорожного моста через Сунгари, порохового склада и т. д. [11, С. 93-94]. Никаких подтверждений этой информации мы пока не нашли.

Интересная информация о нашем герое относится к весне 1916 г. 24 мая 1916 г. в Харбине он был допрошен следователем по особо важным делам Иркутского окружного суда Метразовым по делу Р. А. Бенингсгаузена-Будберга. В протокол были занесены сведения о том, что Р. А. фон Арнольд является потомственным дворянином. Ему 44 года и вероисповедание – православное. Чин – подполковник. Обращает на себя внимание факт того, что он был судим по п. 1 ст. 446 «Уложения о наказаниях» и приговорён к удалению от должности, но по Высочайшему Манифесту от наказания был освобождён [4, С. 3].

Много волнений нашему герою принёс 1917 г. Первые сведения о революционных событиях в Петрограде поступили в Харбин 3 марта 1917 г. Уже 7 марта 1917 г. новый орган власти – Харбинский исполнительный комитет поставил перед управляющим КВЖД, генерал-лейтенантом Д. Л. Хорватом вопрос о желательности отстранения от должности его помощника по гражданской части, генерал-лейтенанта М. Е. Афанасьева (в этой должности с 1908 г.) и полицмейстера Харбина, подполковника Р. А. фон Арнольда. Д. Л. Хорват был вынужден удовлетворить эту просьбу. Он отправил своего помощника в длительный отпуск. Р. А. фон Арнольд, который занимал пост с июля 1907 г. и блестяще организовал деятельность полиции, остался на своей должности [15, С. 12].

Что касается немецкого происхождения нашего героя, то очевидец событий тех лет П. Ковган, упрекал Д. Л. Хорвата за то, что он окружает себя немцами. Среди них назван и Р. А. фон Арнольд [10, С. 209].

В результате соперничества исполкома и совета по постановлению Совета солдатских депутатов 15 (28) марта 1917 г. были арестованы начальник Заамурской железнодорожной бригады, генерал Г. К. Дориан, начальник Полицейского управления, полковник Горгопа и полицмейстер, подполковник Р. А. фон Арнольд. Арест имел в городе большой резонанс. Через несколько дней в силу отсутствия в их действиях состава преступления офицеры были освобождены [15, С. 14].

Тем не менее, наш герой потерял место службы. Когда политический расклад в Харбине изменился, то подполковника Р. А. фон Арнольда, уволенного от службы «большевистским правительством» было решено считать на действительной военной службе с 31 декабря 1917 г., т. е. со дня вышеупомянутого увольнения с таковой [15, С. 210].

Даже в такое «смутное» время, в 1919 г., он сумел опубликовать свои многостраничные «Соображения о реформе полиции в Российском государстве» [1, 329 с.; 21, С. 36]. Значит, несколько месяцев (или лет?) он писал текст. По словам, Г. В. Мелихова наш герой был старшим другом подростковой организации «русских разведчиков». Она была создана в Харбине в 1913 г. [14, С. 357].

Существует неразбериха по поводу последнего чина нашего героя. В частности, в некрологе он назван сначала полковником, потом – генерал-майором. Скончался Роман Аполлонович 23 сентября 1930 г. в Харбине. Был погребён на Новом кладбище [2, 1 нояб.; 3, 24 сент]. Позже его прах был перенесён детьми на Сербское кладбище в Сан-Франциско [21, С. 36]

Сестра Р. А. фон Арнольда – Анна Аполлоновна была моложе брата. Она также родилась в Казани 21 ноября 1875 г. Девушка окончила Таньевскую женскую гимназию. По состоянию на 1884 г. такого учебного заведения в Российской империи не было [17, С. 75-88]. Затем она закончила фармацевтические курсы при Императорском Казанском университете, работала фармацевтом. В 1905 г. вместе с мужем и матерью уехала в Харбин [27]. Таким образом, в тот год в одном городе оказались несколько представителей семьи фон Арнольд. Мать Романа Аполлоновича и Анны Аполлоновны – Мария Викентьевна (ур. Миштовт) умерла в Харбине 5 июня 1928 г. Её мать Юстина (род. 2 ноября 1836) – была внучкой, декабриста и поэта В. К. Кюхельбекера [// ru.godovid.org. Опять в некрологе ошибка – декабрист назван Кюхельбергом [3, 24 сент.]].

Примечательно, что мать Романа Аполлоновича – Мария Викентьевна, его сестра – Анна Аполлоновна и её муж Калмыков похоронены на Харбинском кладбище. Их могилы расположены рядом. Там же похоронен и полковник Н. Рачинский. Так снова судьбы этих семей переплелись.

Про отца Р. А. фон Арнольда известно немного. Аполлон Густавович фон Арнольд (8 сентября 1842, Гродно, Российская империя – 9 октября 1877, Яссы, Княжество Румыния) служил губернским инженером. Умер от ран, полученных в ходе Русско-турецкой войны (1877 - 1878 гг.). Он и его отец – Густав Иванович имели классный чин действительного статского советника [24].

В семье Романа Аполлоновича и Екатерины Христофоровны были дети. Сохранилась их фотография, сделанная в 1899 – 1900 гг. в Седльцах. Старшей из детей была Любовь (1893, Седльцы – 1917, Харбин) умерла от аппендицита.

Борис (1894, Седльцы – 1964, Нью-Йорк, США) в 1921 г. уехал из Харбина. Б. Р. Арнольд, по сведениям И. А. Гусельникова, стал доктором медицины по специальности психология. Жена его – «еврейка по происхождению» тоже была врачом. Много лет Борис Романович был директором «огромной» больницы в Нью-Йорке для «дефективных детей-евреев». Он умер в 1964 г. Это случилось скоропостижно, за рулём автомобиля во время прогулки. Ему было 70 лет. После

него осталась богатая коллекция предметов китайского искусства, стоимостью в несколько сотен тысяч долларов. В своё время Б. Р. фон Арнольд написал краткий очерк «Люди из харбинского света» [25].

Дарья (26 февраля 1896, Седльцы – 8 декабря 1988, Сан-Франциско, США). С 1914 по 1923 гг. девушка вела дневник. Значительно больший интерес представляют письма, особенно письма от родителей, полученные детьми в США. Здесь описываются события в Харбине за 1920-1930 гг., судьбы друзей и знакомых, политические перемены. О судьбе этого документа мы ещё расскажем [23, С. 180, 16, С. 189].

В 1923 г. в США переехала и Дарья Романовна. Их родители остались в Харбине. Здесь 8 августа 1930 г. умер Роман Аполлонович. В США Дарья Романовна поменяла своё имя и стала Антониной, хотя часто именовала себя Дорой. Она начала обучение в бизнес-колледже, однако, ей пришлось оставить занятия и устроиться на работу, чтобы содержать себя и мать, жившую в Харбине. За работой в YWCA (Young Women's Christian Association - Христианская Женская Молодёжная Ассоциация) последовала работа в Международном институте в Сан-Франциско.

Постепенно Антонина сделала карьеру социального работника. В 1942 г. она получила степень магистра по этой специальности в Университете Калифорнии в Беркли. Дора Романовна со временем стала видным искусствоведам по Китаю. После неудачного брака с польским иммигрантом Игнациусом Мак-Гвайером последовало счастливое замужество с художником-иммигрантом Сергеем Ивановичем Щербаковым (7 июля 1894, Харьков, Российская империя – 24 января 1967, Сан-Франциско, США) [22, С. 361].

Достигнув определенного материального благополучия, Антонина Романовна смогла перевезти в 1946 г. из Харбина в Сан-Франциско мать. Екатерина Христофоровна скончалась 18 августа 1963 г. Летом 1970 г. Дора Романовна Арнольд-Щербакова приезжала в Москву для решения вопроса о передаче произведений мужа Советскому Союзу.

Она основала фонд семьи Арнольд в Музее русской культуры в Сан-Франциско. Здесь хранятся документы, касающиеся жизни и деятельности членов ветви Аполлона Густавовича в Харбине и в США. Дарья Романовна фон Арнольд скончалась бездетной 8 декабря 1988 г. [25].

Как некий курьёз можно расценить информацию извлечённую из московского архива. Приказом по МВД от 27 февраля 1919 г. Николай Романович фон Арнольд с 1 марта 1919 г. был назначен делопроизводителем 7-го класса департамента общих дел МВД правительства А. В. Колчака. Оклад ему был положен в 600 руб. В ту пору ему было 23 года и он являлся «белобилетник». Н. Р. фон Арнольд прослушал 4 курса юридического факультета Императорского Московского университета. В документах указано, что он являлся членом военно-спортивного кружка при МВД. Проживал молодой человек по адресу:

Омск, ул. Сиротская – 146 [5, Л. 17; 6, Л. 6, 35, 59]. Ныне – это территория завода «Красный пахарь».

Обращает на себя внимание совпадения в фамилии, отчестве и титуле мужчины с Р. А. фон Арнольд. Однако его год рождения совпадает с появлением на свет Дарьи Романовны фон Арнольд.

В 1929 – 1935 г. в Харбинском комитете помощи русским беженцам работала Е. А. Арнольд [7, С. 97]. Эти обстоятельства могут стать заделом на будущие разыскания.

Выводы: супруги Е. Х. и Р. А. фон Арнольд не происходили из славянской среды, но идентифицировали себя как россияне. Они смогли получить специальное образование и достичь социально значимых успехов в разных странах. Особенно важно, что они добились признания в такой стране как Китай. Для контекста нашей статьи важно, что несколько представителей семьи реализовали себя в медицине. Наконец, значимо, что их дети оказались эстетически одарёнными людьми. Они не только собирали произведения искусства, но и сохранили материальную память о своей семье. Можно прямо сказать, что все они показали высокие конкурентные качества, столь необходимые в современной России.

Источники и литература / Sources and literature:

1. Арнольд Р. А. фон Соображения о реформе полиции в Российском государстве. Харбин: Тип. КВЖД, 1919. 329 с.
2. Арнольд фон Р. А. [Некролог] // Возрождение (Париж). 1930. 1 нояб. № 1978;
3. Арнольд фон Р. А. [Некролог] // Гун Бао (Харбин). 1930. 24 сент. № 1180.
4. Бенингсгаузен-Будберг Р. А. Мемуары доктора медицины барона Р. А. Бенингсгаузен-Будберга. Харбин: изд. Авт. амер тип., 1925. 130 с.
5. ГАРФ (Государственный архив Российской Федерации). Ф. 148. Оп. 1. Д. 5. Л. 17.
6. ГАРФ. Ф. 148. Оп. 1. Д. 219. Л. 6, 59
7. Говердовская Л. Ф. Общественно-политическая и культурная деятельность русской эмиграции в Китае в 1917-1931 гг. М.: МАДИ, 2000. 174 с.
8. Звягин С. П. Управляющий Амурской областью в годы гражданской войны И. Д. Прищепенко: штрихи к биографии // История белой Сибири: сб. науч. ст. / ред. С. П. Звягин. Кемерово: КемГУ, 2011. С. 73-78. Соавт. Малышева С. Ю., Потапов И. А.
9. Исторический обзор Китайско-восточной железной дороги 1896-1923 гг. / по поручению Правления общества и под редакцией сост. Е. Х. Нилус. Харбин, 1923.
10. Ковган П. Записки неуча. Харбин: Вольное казачество, 1927. С. 209.
11. Крузенштерн-Перетц Ю. В. Воспоминания // Россияне в Азии: лит.-ист. ежегодник (Торонто). 1994. № 1. С. 93-94.

12. Лешко С. С. Русская архитектура в Маньчжурии. Конец XIX - первая половина XX века. Хабаровск: ИД «Частная коллекция», 2003. 176 с.
13. Лобода (Котт) И. Екатерина Христофоровна фон Арнольд // На сопках Маньчжурии (Новосибирск). 2007. Февраль-март. С. 4-5.
14. Мелихов Г. В. Маньчжурия далёкая и близкая. М.: Наука, 1991. 317 с.
15. Мелехов Г. В. Российская эмиграция в Китае (1917-1924 гг.). М., 1997. 245 с.
16. Мелихов Г. В., Шмелёв А. В. Документы эмиграции в фондах Музея русской культуры русского центра в Сан-Франциско // Россия в США. Материалы к истории русской политической эмиграции. Вып. 7. М., 2001. С. 189.
17. Михайль Родевичъ. Сборникъ дѣйствующихъ постановлений и распоряженій по женскимъ гимназіямъ и прогимназіямъ Министерства Народнаго Просвѣщенія. С.-Петербургъ. Типографія доктора М. А. Хана. 1884, Приложение, С. 75-88.
18. Немцы России: энциклопедия / пред. ред. колл. В. Карев. Т. 1 «А - И». М.: ЭРН, 1999. 832 с.
19. Слободчиков В. А. О судьбе изгнанников печальной «Харбин - Шанхай». М.: ЗАО Центрополиграф, 2005. С. 177.
20. Спутник по Сибири, Маньчжурии, Амуру и Уссурийскому краю. Т. 10. Отд. 3 / сост. И. С. Кларк. Владивосток: Эл.-Тип. Т-ва «Влад. Печатное дело Попова и Ветовецкого», 1914. 919 с.
21. Хисамутдинов А. А. Российская эмиграция в Азиатско-тихоокеанском регионе и Южной Америке: библиограф. словарь. Владивосток: ДВГУ, 2000. 384 с.
22. Хисамутдинов А. А. Русский Сан-Франциско: М.: Вече, 2010. 368 с.
23. Шмелёв А. В. К истории русской эмиграции в Китае: архивные фонды музея русской культуры на микрофильме // Документальное наследие по истории русской эмиграции в отечественных архивах и за рубежом: Мат. Междунар. научно-практ. конф. 29-30 октября 2003 г. / ред. С. Д. Воронин, Т. М. Горяева, А. В. Попов. М.: РОССПЭН, 2005. С. 176-186.
24. Доступно по: <https://www.famhist.ru> Ссылка активна на 02.09.2022 г.
25. Доступно по: <https://www.hoover.org>. Ссылка активна на 12.09.2022 г.
26. Доступно по: <https://www.provisor.com.ua> 100 matolog|archive|2003|4|art... Ссылка активна на 01.09.2022 г.
27. Доступно по: <https://www.Rodovid.org> Ссылка активна на 02.09.22 г.

ГУКИНА Л. В.

**ИЗ ИСТОРИИ ИЗДАНИЯ ЗАРУБЕЖНОГО МНОГОЯЗЫЧНОГО
СЛОВАРЯ ДЛЯ РУССКИХ ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ – ВРАЧЕЙ И
СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ**

Кафедра иностранных языков

Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово

**Материалы IV Международной научно-практической конференции
«История медицины в Сибири». Кемерово, 2023**

GUKINA L. V.

**FROM THE HISTORY OF THE PUBLICATION OF A FOREIGN
POLYGLOT DICTIONARY FOR RUSSIAN USERS – DOCTORS AND
MEDICAL UNIVERSITY STUDENTS**

*Department of Foreign Languages
Kemerovo State Medical University, Kemerovo*

Аннотация: в статье рассматривается история издания многоязычного медицинского терминологического словаря «*Terminologia Medica Polyglotta. Latinum – Русский – English – Français – Deutsch*», созданного врачом, лексикографом, Заслуженным деятелем науки Болгарии Г. Д. Арнаудовым для русских студентов-медиков и практикующих врачей. Отмечается соответствие авторской методологии представления в словаре разноязычных медицинских терминов педагогическим подходам, используемым при обучении будущих врачей иностранному языку медицины в части исследования значения термина.

Ключевые слова: Б. Г. Арнаудов, словарь медицинских терминов, многоязычный словарь, лексикография, иностранный язык медицины.

Abstract: the article examines the history of the edition of the polyglot medical terminology dictionary «*Terminologia Medica Polyglotta. Latinum – Русский – English – Français – Deutsch*», created by a doctor, lexicographer and Honored Scientist of Bulgaria G. D. Arnaudov for Russian medical students and practicing doctors. It is noted that the author's methodology of presentation in the dictionary of multilingual medical terms corresponds to the pedagogical approaches used in teaching future doctors a foreign language of medicine in terms of the study of the meaning of the term.

Keywords: B. G. Arnaudov, dictionary of medical terms, polyglot dictionary, lexicography, foreign language of medicine.

Введение

В медицинском образовании большое внимание уделяется справочной литературе. При обучении студентов-медиков иностранному языку медицины востребованы многоязычные словари и справочники, поскольку в них представлены эталоны написания, звучания и этимология медицинских терминов, знание которых необходимо для формирования у будущих врачей навыков чтения научной медицинской литературы и навыков профессионально ориентированной диалогической коммуникации [4, с. 154-159; 5, с. 25-28]. Современные информационные технологии существенно изменили формат, функциональность и скорость получения лексикографической информации, однако, в первой половине прошлого столетия в учебном процессе медицинских

вузов страны традиционно были представлены двуязычные или переводные бумажные словари [6, с. 68-69; 2, с. 113-121]. В 1954 году появился многоязычный словарь, составленный зарубежным автором – болгарским врачом и лексикографом Г. Б. Арнаудовым, который предложил изучать в сжатом формате термины на шести языках, используя латинский язык как связующее звено. В период выхода в свет нового словаря европейские языки – английский, немецкий, французский, изучались как иностранные языки во всех медицинских вузах нашей страны. Появление многоязычного словаря, включившего русский язык, его дизайн и содержание было высоко оценено пользователями из врачебного сообщества и студентами, преподаватели увидели в нем эффективное средство обучения иностранному языку медицины.

Цель исследования - изучить историю издания словаря «Медицинская терминология на пяти языках. Latinum – Русский – English – Français – Deutsch», его структуру и содержание, повлиявших на популярность словаря среди русскоязычных пользователей – врачей, студентов медицинских вузов и преподавателей иностранного языка медицины.

Материалы и методы исследования

Методом исследования послужил анализ содержания многоязычного словаря Г. Д. Арнаудова «Медицинская терминология на пяти языках. Latinum – Русский – English – Français – Deutsch» четвертого издания 1979 года, используемого преподавателями КемГМУ для обучения студентов английскому языку медицины.

Результаты и их обсуждение

В конце 50-х годов двадцатого столетия, в связи с развитием медицины и медицинского образования, выявилась потребность в словарях медицинской терминологии на основных европейских языках и русском языке. Болгарский лексикограф и составитель словарей доктор медицины, Заслуженный деятель науки Георги Димитров Арнаудов поставил перед собой цель удовлетворить эту потребность и приступил к составлению многоязычного словаря медицинской терминологии.

Исходя из того, что латинский язык является международным языком медицинской терминологии и востребован медицинским сообществом и образованием, он решил построить словарь на словнике, составленном из латинских терминов. Такое решение взять за ядро латинский язык давало дополнительное удобство пользователям, поскольку в многоязычном словаре латинский термин может легко служить термином-посредником, позволяющим сделать максимально близкий перевод с одного языка на другой.

По замыслу автора, словарь должен был резко отличаться от уже существующих многоязычных медицинских словарей. Это должен был быть словарь латинской медицинской терминологии, но и многоязычный, этимологический, а также переводной и толковый; словарь как русской, так и английской, французской и немецкой медицинской терминологии,

предназначенный для русского пользователя, но одинаково полезного и для иностранца. Весь этот материал, разделенный по языкам и включивший около 10 тысяч латинских терминов, столько же русских, английских, французских и немецких, то есть общим счетом 50 тысяч медицинских терминов на разных языках, нужно было собрать в одном томе, поскольку автором ставилась также задача отхода от многотомного издания в пользу более краткого, но удобного пользования среди врачей или студентов-медиков в их повседневной деятельности. При составлении словаря автором была использована обширная медицинская литература, главным образом наиболее употребительная и самая новая – многотомные руководства, монографии, учебники, периодические издания и так далее, а также разные переводные словари латинского, древнегреческого, русского, английского, французского, немецкого языков. После около двадцати лет упорного труда словарь был закончен, и в октябре 1964 года болгарское издание (шестиязычное – плюс болгарская терминология) под названием «Terminologia Medica Polyglotta» вышло в свет. Словарь получился функциональным и преследовал следующие цели:

- 1) обеспечить адекватный перевод латинских терминов на русский, английский, французский и немецкий язык, а также с этих языков на латинский и на каждый из остальных языков;
- 2) привести краткое толкование или описание обозначаемых терминами понятий (на русском языке);
- 3) объяснить этимологию латинских терминов и дать некоторые элементарные морфологические сведения о них;
- 4) помочь (в первую очередь студентам-медикам и учащимся средних медицинских училищ) научиться правильно писать и произносить соответствующие латинские, а также и иноязычные медицинские термины.

Дизайн и содержательное наполнение словаря позволили расширить область его читательского применения: он актуален для врачей и научных работников, для преподавателей в высших и средних медицинских учебных заведениях, для студентов-медиков всех курсов и учащихся средних медицинских училищ, для стоматологов, фармацевтов, биологов, физиологов, для переводчиков, в первую очередь медицинской литературы, для средних медицинских работников, для работников медицинских издательств. Отметим особую ценность и востребованность в переводческом сообществе того времени в кратких многоязыковых версиях медицинской справочной литературы.

Автор осознавал, что в первом издании столь сложного и тяжелого труда не может быть тех или иных недостатков, что словарь не сможет в равной степени удовлетворить специфические интересы всех пользователей, для которых он предназначался, что с подбором терминов и с их переводом и толкованием может не согласиться тот или иной читатель, что могут быть обнаружены и вкравшиеся ошибки [1, с. 7]. В предисловии к словарю Г. Д. Арнаутов открыто обратился к читателям со словами благодарности за каждое

высказанное мнение, за указанную ошибку, за оценку его вклада в медицинскую лексикографию, какова бы она ни была. Обращаясь к читателям – пользователям словаря, он отметил, что получит большое нравственное удовлетворение, если русское издание словаря будет радушно принято медицинскими работниками Советского Союза и окажется помощником в их повседневной работе [1, с. 7].

Следует отметить, что успешный результат был достигнут при сотрудничестве и поддержке близких Г. Д. Арнаутову людей и соратников – кандидата медицинских наук, доктора П. Г. Арнаутовой, оказавшей ценную помощь в составлении словаря на болгарском и русском языке, особое признание было выражено Ю. Цокевой, которая помогла с технической работой над словарем. Издание словаря состоялось при поддержке Траяна Иванова – директора издательства «Медицина и физкультура» в Софии.

Словарь оправдал ожидания пользователей, он смог удовлетворить запросы в медицинской справочной информации, которая имела на тот период времени, и заполнил некоторый пробел в медицинской лексикографии. Автор получил много комментариев от русских пользователей, сообщивших о личном опыте работы со словарем.

Затем словарь переиздавался несколько раз. Это было обусловлено быстрым развитием медицинской науки и смежных отраслей знаний, что потребовало добавления в каждое последующее издание терминов, релевантных для соответствующего этапа развития научных знаний. При этом сжатый формат словаря становился естественным ограничителем для включения новейших терминологических единиц. Так, словарь на пяти языках, оказавшийся в единичных экземплярах у преподавателей КемГМУ (ранее КГМИ), явился переизданной версией многоязычного словаря на шести языках. Он был напечатан в 1979 году Государственной типографией имени Тодора Димитрова в Софии тиражом 40200 экземпляров.

Следует отметить, что существенную долю удобства пользования словарем обеспечила вводная часть, которую можно рассматривать как методическое пособие по работе с лексикографическим источником. Во-первых, автор четко описывает общую структуру словаря и технологию отбора терминов. Далее он приводит использованные анатомические номенклатуры, отдельным разделом выделяет эпонимные термины, которые широко используются в языке медицины. Важной для обучающихся является информация об обозначении рода и падежа, а также этимология термина. Автор комментирует употребление графических символов, дает объяснения по написанию терминов с основой на Большую Медицинскую Энциклопедию. Ценным является и информация о сокращениях и цифрах, принятых в данном словаре. Кроме того, даются примечания к словарям-указателям. Внимательное изучение данной информации, непременно, позволяет пользователю обеспечить продуктивность и удовлетворенность от работы со словарным источником.

Отметим, что методика работы с медицинскими терминами, предложенная автором многоязычного словаря, органично действует в контексте преподавания языка медицины в вузе, поэтому с большим вниманием была принята педагогическим сообществом медицинских университетов. Очевидна польза словаря при билингвальном обучении студентов [3, с. 138-149]. Словарь стал помощником для студентов, изучающих английский язык медицины как иностранный и латинский язык, обеспечивающий терминологическую основу в таких областях медицины как анатомия человека, биология, фармакология, фармакогнозия и других. Он удобен для применения в самостоятельной исследовательской работе студентов, при изучении лексико-семантических особенностей медицинской лексики и терминологии. Краткость и многоязыковый формат стали решающими факторами для популярности изданий среди практикующих врачей и медицинских специалистов.

Выводы

Многоязычный словарь (на шести языках – 1964 года издания, на пяти языках – 1979 года издания), составленный Заслуженным деятелем науки Болгарии, доктором медицины Г. Д. Арнаудовым для русских пользователей, несомненно, внес существенный вклад в подготовку врачей в Советском Союзе. Он пережил многие переиздания и оставался актуальным для следующих поколений российских врачей и студентов, будучи лаконично организованным с основой на принципы использования латинского языка как базового компонента при обучении медицинской терминологии. Методология представления терминов в словаре органично сочетается с технологией преподавания иностранных языков в медицинских вузах в части исследования значения медицинского термина.

Источники и литература / Sources and references

1. Арнаудов, Г. Д. Медицинская терминология на пяти языках. Latinum – Русский – English – Français – Deutsch. – Русское Изд. 4-е исправленное. – София: Медицина и физкультура, 1979. 943 с.
2. Гукина, Л. В. Англо-русские медицинские словари ранних изданий как базовые компоненты формирования учебно-методической среды при обучении иностранному языку медицины в вузе / Л. В. Гукина, И. А. Хонина // Профессиональное образование: теоретические и прикладные аспекты лингводидактики / под ред. Л. С. Зникиной. – Кемерово: КузГТУ, 2020. С. 113–121.
3. Гукина, Л. В. Особенности адаптации учебно-методического содержания дисциплины при обучении иностранных студентов английскому языку медицины в билингвальном контексте / Л. В. Гукина, Л. В. Личная // Поликультурное образование в современном мире: вызов и перспектива: материалы Международной научно-практической конференции. 2021. С. 138–149.

4. Гукина, Л. В. Диалогическое общение при обучении иностранному языку как прием формирования профессионально ориентированных разговорных навыков специалистов-медиков // Теоретические и прикладные вопросы лингвообразования / под ред. Л. С. Зникиной. – Кемерово: КузГТУ, Кемерово, 2018. С. 154–159.
5. Гукина, Л. В. Обучение профессионально ориентированному диалогическому общению на иностранном языке // Актуальные вопросы медицинского образования: материалы IX Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. 2017. С. 25–28.
6. Марус, М. Л. Современные многоязычные словари // Электронный научно-методический журнал Омского ГАУ. – 2015. – №3(3) октябрь–декабрь. С. 68–69.

КАРТАШОВА П. М.

ИГНАЦ ЗЕММЕЛЬВЕЙС – «СПАСИТЕЛЬ МАТЕРЕЙ»

Кафедра истории

Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово

Научный руководитель – канд. ист. наук, доцент З.В. Боровикова

KARTASHOVA P. M.

IGNAZ SEMMELWEIS – «THE SAVIOR OF MOTHERS»

Department of History

Kemerovo State Medical University, Kemerovo

Supervisor – PhD in History, Associate Professor Z.V. Borovikova

Аннотация: в статье рассматривается вклад венгерского врача-акушера Игнаца Земмельвейса в развитие антисептики и акушерства.

Ключевые слова: история медицины, акушерство, родовспоможение, Игнац Земмельвейс, родильная горячка, сепсис, антисептика.

Abstract: the article includes the contribution Hungarian obstetrician Ignaz Semmelweis to the development of antiseptics and obstetrics.

Keywords: history of medicine, obstetrics, obstetrics, Ignaz Semmelweis, puerperal fever, sepsis, antiseptics.

Акушерство до середины XIX в. было развито крайне плохо, так как знания в области анатомии у врачей были поверхностные, а суеверия брали вверх над знаниями [1].

Цель исследования – собрать, систематизировать и проанализировать сведения о состоянии акушерства в Европе в середине XIX в. Изучить вклад Игнаца Земмельвейса в развитие акушерства и антисептики.

Материалы и методы исследования

В ходе работы были изучены и проанализированы научные работы о состоянии и развитии акушерства в XIX в. и о деятельности Игнаца Земмельвейса. Применялись общенаучные методы исследования (анализ, синтез, сравнение, сопоставление и т.д.), проблемно-хронологический, историко-сравнительный и ретроспективный методы.

Результаты и их обсуждение

Акушерство – область клинической медицины, изучающая физиологические и патологические процессы, связанные с зачатием, беременностью, родами и послеродовым периодом, разрабатывающая методы родовспоможения, профилактики и лечения осложнений беременности и родов [2]. Как самостоятельная область медицинского знания стала выделяться в XVII в.

В средние века врачей попросту не допускали до рожениц, так как в основном они были мужчинами, а их присутствие на родах было недопустимо согласно моральным и религиозным представлениям. Были случаи, когда врачи передевались в женские одеяния и пробирались на роды. Впоследствии таких смельчаков ожидало сжигание на костре.

Роды, как правило, принимали не специально обученные люди с медицинским образованием, а повитухи или пуповязницы. В результате была высокая смертность в родах и рожениц, и новорожденных. В обязанности повитух входило не только помочь в появлении ребенка на свет, но и крещение новорожденного. Иногда обряд крещения совершали, когда ребёнок находился в утробе матери при помощи крестильного шприца, кончик которого был украшен крестом. Данная процедура проводилась для того, чтобы душа младенца могла найти путь в рай, так как огромная смертность детей во время родов была обычным явлением.

Богатые женщины могли позволить себе постоянное присутствие повитух в последние месяцы беременности. В таких случаях они опекали беременных и заботились о них. Однако советы средневековых повитух, состоящие из суеверий и религиозных догм, наносили скорее вред, чем пользу для будущей роженицы. Например, беременным не рекомендовалось выходить на свежий воздух, так как он считался главным источником заболеваний.

С конца XVIII в. в Европе стало увеличиваться количество акушерских школ и родильных домов. Больницы строились в основном для бедного населения.

Не смотря на рост числа родильных домов, к XIX в. ситуация со смертностью рожениц в Европе изменилась не принципиально. Обычным явлением считалась смерть от послеродовой горячки. Вплоть до XIX в. врачи объясняли послеродовую горячку как результат сильного эмоционального потрясения. В настоящее время под этим заболеванием понимают заражение крови после родов, причиной которого являются грязные условия содержания

рожениц, а также небрежная акушерская помощь и повреждения родовых путей [3].

Игнац Земмельвейс (1818–1865 гг.) – венгерский врач-акушер, один из основоположников антисептики – пытался разобраться с причинами огромной смертности матерей после родов.

В августе 1844 г., закончив обучение в Венском университете на медицинском факультете, он получил диплом акушера, а в ноябре 1845 г. – хирурга. После прохождения практики в акушерской клинике, в марте 1847 г. Земмельвейс вступает в должность ассистента в Веском госпитале. В этом госпитале было два родильных отделения. Молодой врач заметил большой разрыв в смертности женщин между ними. В первом отделении за год умерло порядка 2000 рожениц, а во втором – 700. Многие считали причиной высокой смертности пациенток – поступление их в клинику уже будучи больными [4].

Земмельвейс предположил, что причина смертей столь большого количества рожениц находится в самой больнице. Обязательным ритуалом после смерти пациентки являлся приход священника, сопровождавшийся звоном колокольчика. Исходя из идеи, что родильную горячку вызывает сильное эмоциональное потрясение женщин, врач запретил священнику ходить по отделению, где лежат беременные и только что родившие женщины. Однако это не принесло видимых результатов.

Отставив в сторону все суеверия, Игнац Земмельвейс решил прибегнуть к научному объяснению столь высокой смертности в родильном отделении. Изучив статистику и составив сравнительные таблицы о пациентках, поступивших в оба отделения, врач выяснил, что в первом отделении за 1840–1845 гг. умерло на 1300 рожениц больше чем во втором. Земмельвейс предположил, что скорее всего причина заметных различий в уровне смертности кроется в разности ухода за больными. Для решения этой проблемы он начал в точности повторять манипуляции персонала второго отделения по уходу за пациентками. Стали практиковать роды лежа на боку. После завершения родов пациенток переносили в палаты, а не отправляли идти самостоятельно, как это практиковалось ранее. Стали регулярно проветривать палаты и соблюдать предписания по раздаче лекарств. Однако данные мероприятия не дали положительных результатов. Смертность рожениц продолжала оставаться на прежнем уровне. Кроме того, администрация больницы признала причиной смертности женщин неумелые действия врачей, а Земмельвейс был уволен [3].

Через некоторое время молодого врача застала врасплох шокирующая новость о смерти его друга, профессора судебной медицины Якоба Коллечко (1803–1847 гг.). Во время аутопсии трупа женщины, умершей от родильной горячки, неловкий студент ранил профессора скальпелем. Изучив детали вскрытия женщины и Якоба Коллечко, Игнац Земмельвейс сделал вывод, что попавшие вместе со скальпелем трупные частички вызвали сепсис (родильную горячку). В своей тетради доктор записал, что мысли о болезни Коллечко стали

преследовать его круглые сутки, вследствие этого возникла уверенность в том, что смерти коллеги и многих женщин, умерших из-за родильной горячки, имеют одну причину. Земмельвейс раскрыл главную тайну смертности большого числа рожениц первого отделения клиники – в первом отделение студенты-медики проходили практику в морге и прямо от туда шли в палату к роженицам, не обрабатывая руки. В то время как во втором отделении на родах присутствовали только акушерки, не занимавшиеся вскрытием трупов. Роженицу в первом отделении могли осмотреть до 15 обучающихся, в момент, когда организм женщины наиболее уязвим, когда повреждения в родовых путях создают идеальные условия для заражения. Во время осмотра родовых путей студенты заносили трупный яд в рану, который очень быстро вызывал развитие сепсиса и смерть пациенток [4].

Найти причину развития послеродовой горячки – было намного проще, чем убедить общественность в важности своего открытия. Вернувшись в Вену на работу в ту же клинику, Земмельвейс внедрил методику по обеззараживанию рук акушеров. Для этих целей он использовал средство, отмывавшее с рук трупные частицы и делающее стерильными хирургические предметы – раствор хлорной извести. С 15 мая 1847 г. все медицинские работники были обязаны обрабатывать руки хлорной известью, если они намеревались производить осмотр пациенток. Врач сам покупал чистые, новые простыни, стерильные материалы для перевязок и обработки ран. Как итог за следующие пять лет в больнице из 933 рожениц от родильной лихорадки умерло всего восемь.

В 1861 г. Земмельвейсом был опубликован труд «Этиология, сущность и профилактика родильной горячки», который вызвал отторжение в научном сообществе. Врачи не считали открытие ученого важными и не стремились следовать его рекомендациям, а обычные люди вообще считали его сумасшедшим. От отчаяния Земмельвейс прибегал к радикальным мерам. Встречая на улице беременную женщину, он говорил, чтобы та в момент родов не давала прикасаться к себе врачам, пока они не обработают руки раствором хлорной извести. К тому же ученый открыто называл научное сообщество убийцами матерей. Но эти крайние меры не привели к успеху, а самого Земмельвейса признали невменяемым и поместили в Нижне-Австрийскую областную психиатрическую клинику, где он умер в 1865 году [4].

Выводы

Настоящей революцией стало открытие и развитие антисептики во второй половине XIX в. Игнац Земмельвейс (1847) был первым, кто раскрыл истинную причину послеродовой горячки и предложил эффективный способ ее профилактики с помощью мытья рук хлорной водой. Однако научное медицинское сообщество из-за своей консервативности, подвергло учение Земмельвейса острой критике, и только после работ Луи Пастера (1822–1825), Дж. Листера (1827–1912) и Р. Коха (1843–1910), которые отталкивались от идей

Земмельвейса, антисептика вошла в акушерство обходным путем через хирургию [5].

Источники и литература / Sources and references

1. Морозов А. М., Сергеев А. Н., Кадыков В. А., и др. Об истории развития антисептики как начала современной хирургии // Современные проблемы науки и образования. 2020. № 3. Доступно по: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=29706ТИ>. Ссылка активна на 04.01.2023.
2. Акушерство // Большой медицинский словарь. Доступно по: <https://rus-big-medical.slovaronline.com/>. Ссылка активна на 06.01.2023.
3. Родильная горячка // Большой медицинский словарь. Доступно по: <https://rus-big-medical.slovaronline.com/>. Ссылка активна на 06.01.2023.
4. Микулина М. Игнац Земмельвейс: человек, научивший врачей мыть руки. Доступно по: <https://takiedela.ru/2020/03/ignac-zemmelveys/>. Ссылка активна на 05.01.2023.
5. Земмельвейс Игнац // Большая Медицинская Энциклопедия. Под редакцией Петровского Б. В. Доступно по: https://бмэ.орг/index.php/ЗЕММЕЛЬВЕЙС_Игнац. Ссылка активна на 24.02.2023.
6. Брусина Е. Б., Зуева Л. П., Ковалишена О. В., и др. Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи: современная доктрина профилактики. // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2018. Вып. 5 (102). Доступно по: <https://cyberleninka.ru/article/n/infektsii-svyazannye-s-okazaniem-meditsinskoj-pomoschi-sovremennaya-doktrina-profilaktiki-chast-1-istoricheskie-predposylki/viewer>. Ссылка активна на 24.02.2023.

КОНОВАЛОВА Я. С., КЛЮШУН К. К.

ВЫДАЮЩИЕСЯ ЛИЧНОСТИ В ИСТОРИИ КУЗБАССА: ГРИГОРИЙ АНАТОЛЬЕВИЧ ДРОЗД, АРТЕМ ВАЛЕРЬЕВИЧ ЛЕВИН

Кафедра физической культуры

Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово

Научный руководитель - канд. пед. наук, доцент О.А. Заплата

KONOVALOVA Y.S., KLYUSHUN K.K.

OUTSTANDING PERSONALITIES IN THE HISTORY OF KUZBASS: GRIGORY ANATOLYEVICH DROZD, ARTEM VALERYEVICH LEVIN

Department of Physical Culture

Kemerovo State Medical University, Kemerovo

Supervisor – PhD in Pedagogy, Associate Professor O.A. Zaplatina

Аннотация: данная статья посвящена людям, прославившим Кузбасс великими достижениями и успехами в области боевых искусств. Особенность предоставленной вашему вниманию научной работы заключается в том, что в

ней рассматриваются не только спортивные заслуги, но и весь жизненный путь спортсменов, положивших свою жизнь на профессиональный спорт и не только.

Ключевые слова: тайский бокс, чемпион, ринг, кикбоксинг.

Annotation: *this article is dedicated to people who glorified Kuzbass with great achievements and successes in the field of martial arts. The peculiarity of the scientific work brought to your attention is that it considers not only sports merit, but also the entire life path of athletes who have devoted their lives to professional sports and not only.*

Keywords: *muay thai, champion, ring, kickboxing.*

Цель исследования - изучение жизненного пути выдающихся спортсменов Кузбасса.

Материалы и методы исследования

Сбор информации из интернет-источников, а так же просмотр информации библиотечной литературы про известных личностей из Кузбасса в области профессионального и любительского спорта.

Результаты и их обсуждения

Григорий Дрозд, родившийся в 1979 году в самой известной угледобывающей точки России - Кузбассе, начал заниматься боевыми искусствами будучи совсем ребенком. Его детство проходило в Прокопьевске, небольшом городке, где уличные драки были обыденностью в то время. Юный Григорий из любого боя выходил победителем и родители, заметив интерес сына к подобному виду деятельности, сразу же отдали его в кружок каратэ, с которого и начался путь чемпиона мира и Европы по боксу и тайскому боксу.

Григорий стал уделять настолько много времени занятию карате и кикбоксингом, что к 15 годам имел довольно-таки хорошую базу для развития в этих направлениях. В этот же момент он решил открыть для себя мир тайского бокса. Сделал он это совсем не зря, ведь к окончанию 9 класса парень имел третье место в мировом чемпионате по тайбоксу и первое место в юниорском чемпионате по кикбоксингу на уровне России.

Очень важно, что первые его награды были любительского уровня, но амбициозный Григорий принял решение выйти на профессиональный ринг, что и сделал в 2001 году. Целеустремленность Дрозда позволила ему ровно через год завоевать титул чемпиона Сибири, а через два - чемпиона России.

В 2008 году им была получена тяжелая травма в бою с Дарнеллом Уилсоном, которая стала причиной ухода спортсмена с ринга на полтора года.

После реабилитации следовали только победы - над поляком Матеушем Мастернаком (2013), французом Жереми Уанну (2014), поляками Кшиштофом Влодарчиком (2014), Лукашом Яником (2015). Чемпионский титул Дрозд удерживал несколько лет, но в 2016 году ему пришлось завершить спортивную

профессиональную карьеру из-за травмы, которая время от времени давала о себе знать.

На данный момент Григорий Анатольевич Дрозд является одним из известнейших спортивных комментаторов, а также российским общественным деятелем и спортивным функционером.

Следующий, о ком мы узнаем поближе, будет Артем Валерьевич Левин, родившийся в городе Прокопьевске в 1986 году. В секцию тайского бокса юного Артема привел старший брат еще в десятилетнем возрасте, именно с этого момента Левин стал плотно заниматься боевыми искусствами. Занимательный факт: Артем Левин и вышеописанный боксер – Артем Дрозд занимались в одном зале на протяжении довольно-таки долгого времени. Его первым тренером был Олег Михайлович Петровский, который сразу же заметил потенциал и амбиции спортсмена, пророчив ему великое будущее на ринге.

Чемпионом России Артем стал уже в 2003 году, а еще через год – чемпионом Европы.

Интересно, что Левин выходит как на профессиональный, так и на любительский ринг. Это очень редкое явление среди профессиональных спортсменов, ведь на любительских турнирах денежное вознаграждение в случае победы не предоставляется. В 2006-м, 2007-м и 2008-м Артем победил на чемпионате Международной федерации любительского муай тай, а в 2009 стал Чемпионом Европы IFMA в категории до 75 кг. В этом же году Артем вышел в финал турнира кубка TATNEFT – но там проиграл Александру Стецуренко. В 2010-м Левин стал чемпионом мира по версии проекта «It's Showtime».

Несмотря на множество наград и титулов, таких как «Лучший боксер чемпионата мира в IFMA» (2007), «Специальный приз кубка России» (2010), Артем успешно закончил техникум физической культуры и Кузбасский государственный университет.

В данный момент Кузбасский чемпион занимается под руководством Виталия Викторовича Миллера и является заслуженным мастером спорта России по тайскому боксу.

Последним, о ком будет упомянуто в нашей статье, окажется Юрий Яковлевич Арбачаков, родившийся в небольшом поселке Кемеровской области – Кезесе, 22 октября 1966 года.

Свое детство Юрий провел в школе-интернате, где был строгий режим дня и на первом месте стояла дисциплина. Безусловно, в дальнейшем это помогло ему на ринге.

Первым его тренером стал Юрий Айларов. Именно с него и начался долгий и тернистый путь Арбачакова в боксе. Тренер отмечал огромные трудолюбие и целеустремленность мальчика, которые, как раз-таки, позволили войти ему в состав сборной СССР. В 18-летнем возрасте он стал тренироваться под руководством Владимира Курегешева в ДЮСШОР ВДСФО.

Заветной мечтой Юрия Яковлевича было Олимпийское золото. Как жаль, что мечта не воплотилась в реальность, потому что он уступил в полуфинале предолимпийского турнира. Неудача не сломила дух Арбачакова, сей факт может доказать 1989 год, который принес спортсмену золотые медали на чемпионате СССР и Московском чемпионате мира. После получения звания мастера спорта СССР, он объявляет о завершении любительской карьеры и соглашается на отчаянный шаг – отправляется в Японию для заключения контракта с Масаки Канехирой, владельцем компании Kyouei Boxing.

Спустя некоторое время Юрий завоевал титул чемпиона Японии, а за 4,5 года успешно защитил его, одержав победу над лучшими боксерами дивизиона.

После боя с Чачаем Сасакулом Арбачаков заявил о завершении своей карьеры. Причиной этому стала травма правой руки, полученная в девятой защите титула, которая давала о себе знать на протяжении года. Но несмотря на это, он все же остался в Японии, женился, занялся тренерской деятельностью, через некоторое время приняв решение вернуться на родину.

Юрий Яковлевич Арбачаков оставил след в мировой истории профессионального бокса.

Выводы

В результате исследования, можно сделать вывод, что Кузбасс – родина многих чемпионов, прославивших нашу область путем долгих и упорных стараний. Исходя из этого можно сделать вывод, что чемпионами не рождаются, а становятся, именно этому и была посвящена статья. Даже родившись в небольшом провинциальном городке, можно добиться многого, если иметь желание, терпение и поддержку близких людей.

Источники и литература / Sources and references

1. Григорий Дрозд: биография, творчество, карьера, личная жизнь Доступно по: https://vk.com/away.php?to=https%3A%2F%2Fwww.kakprosto.ru%2Fkak-981044-grigoriy-drozd-biografiya-tvorchestvo-karera-lichnaya-zhizn&cc_key Ссылка активна на 5.03.2023
2. Артем Лев Левин. Досье. Доступно по: <https://artem-lion-levin.ru> Ссылка активна на 5.03.2023
3. Артём Валерьевич Левин – Биография // Мир тайского бокса Доступно по: <https://nicekick.ru> Ссылка активна на 5.03.2023
4. Артем Левин - чемпион Муай Тай, наиболее яркий спортсмен с уникальной техникой боя, история, биография. Доступно по <https://redstaromsk.ru> Ссылка активна на 5.03.2023
5. Юрий Арбачаков. Большая биография легендарного боксёра. Блог Сергея Корчагина Доступно по: <https://boxanalitika.ru> Ссылка активна на 5.03.2023

КУЛИКОВА Н. В.

**ДИАЛЕКТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛИЗМ И ТЕОРИЯ ОБЩЕЙ
ПАТОЛОГИИ: ПРОБЛЕМА МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЙ ВЗАИМОСВЯЗИ**

Кафедра философии и психологии

*ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени
М. Горького», г. Донецк*

Научный руководитель – д-р филос. наук, д-р психол. наук,
профессор В. Н. Александровская

KULIKOVA N. V.

**DIALECTICAL MATERIALISM AND THE THEORY OF GENERAL
PATHOLOGY: THE PROBLEM OF METHODOLOGICAL
INTERRELATION**

Department of Philosophy and Psychology

M. Gorky Donetsk National Medical University, Donetsk

Supervisor: DSc in Philosophy, DSc in Psychology,
Professor V. N. Alexandrovskaya

***Аннотация:** в работе представлена взаимосвязь диалектического материализма и теории общей патологии на примере действия категорий и законов диалектики, рассмотрении живой материи как кибернетических систем.*

***Ключевые слова:** методология, диалектический материализм, общая патология, патогенез, причинность.*

***Abstract:** the paper presents the relationship between dialectical materialism and the theory of general pathology on the example of the action of categories and laws of dialectics, the consideration of living matter as cybernetic systems.*

***Keywords:** methodology, dialectical materialism, general pathology, pathogenesis, causality.*

Цель исследования – указать теоретико-методологический потенциал диалектического материализма, способный обеспечить дальнейшее развитие теории общей патологии.

Материалы и методы исследования

Использованы материалы диалектического материализма, труды и высказывания представителей медико-биологического знания, работы основоположников теории общей патологии и современных ее авторов.

Результаты и их обсуждение

Рассматриваемые в работе понятия относятся к теоретическому отражению материального мира как универсальной субстанции со всеми ее свойствами, закономерностями строения и функционирования, ее движения и развития. Окружающий нас мир – это первейшее необходимое условие

существования человека, который не властвует над природой, но познает ее законы и правильно их применяет в процессах своей жизнедеятельности. Эта позиция заключена в концепции диалектического материализма – необходимого сознательного диалектико-материалистического осмысления окружающего мира. Поэтому диалектический материализм (принципы, категории, законы) – это концептуально-теоретическое отражение экзистенциальных процессов бытия живой материи, всего сущего, ее многообразия [3, с. 93]. Диалектический материализм фиксирует, что живая материя – это сложнейшая система существования ряда миров – материального и идеального, объективная и субъективная реальности. Диалектический материализм показал механизмы функционирования живой материи, обозначил их как ряд принципов: «принцип материального единства мира», «принцип многообразия мира», «принцип сохранения материи», «принцип единства материи и движения» [3, с. 103-106]. К живой материи относится и биоорганизм. Поэтому основоположники теории общей патологии считают, что механизм действия в живой материи, биоорганизма и его патогенеза могут быть идентичными. Биоорганизм – это эволюционный образец движения живой материи [4, с. 45]. Как общенаучная теория и всеобщий метод познания диалектический материализм «работает» на этом уровне и в медицинском познании. Достаточно отметить ряд научных исследований, разработанных на основе методологии диалектического материализма: А.Ц. Торосян «Открытие основной функции живого», Д.С. Саркисов «Очерки истории общей патологии», Д.С. Саркисов, М.А. Пальцев, Н.К. Хитров «Общая патология человека» и др.

Так, на протяжении последних 200 лет развивается новое направление в медицине на основе методологии диалектического материализма, его принципов, категорий и законов – теория общей патологии. Это направление в медицине изначально формировалось медиками с мировыми именами. Уже в XIX веке развивающаяся патологическая анатомия, физиология, клиническая практика требовали обобщения данных, выделения общих закономерностей и форм болезней. Поэтому общая патология возникла как «учение о наиболее общих закономерностях патологических процессов, о тех главных их чертах, которые лежат в основе любой болезни независимо от вызвавшей ее причины, индивидуальных особенностей организма, специфических условий окружающей среды, методов исследования (клинические, морфологические, функциональные и т.п.)» [1, с. 11].

Общая патология активно использует диалектический прием анализа и синтеза частных проявлений болезни. «Уходя своими корнями в частные проявления различных болезней, основываясь на этих частностях, общая патология одновременно все более синтезирует их, сводит к минимальному числу, дает представление о типовых процессах, присущих различным болезням, и в итоге формирует абстрактное представление о болезни как о совокупности важнейших явлений, обязательно присутствующих при любой форме недуга и

составляющих его сущность», – отмечает Д.С. Саркисов. Кроме того, пишет этот же автор, «общая патология – алгебра медицины, ее философия, постепенно формирующаяся на основе клинического и экспериментального изучения патологических процессов» [1, с. 11].

С самого начала теория общей патологии смотрела на биоорганизм человека как на живую материю, функционирующую по законам и принципам диалектики. основоположники теории общей патологии считали, что с позиции диалектического материализма надо рассматривать само формирование болезни (I закон – причины) и ее развитие (II закон – развития). Как писал Ф.К. Гартман (1825) «общая патология должна быть теорией болезни и содержать философическое или умственное познание оной. Как философическое познание объемлет сущность, причину и следствие вещей, общая патология есть часть врачебной науки, показывающая сущность, происхождение и следствие болезней вообще» [1, с. 11].

Ряд авторов указывал на то, что к общей патологии, как и к живой материи, надо применять законы диалектики в поиске причин и патогенеза болезней, отклонений от нормы. С. Самуэль (1879) считал, что «общая патология должна излагать законы расстройств организма. Задачу ее составляет знание законов, а не правил, необходимой, а не частной только связи». По мнению В.В. Подвысоцкого (1905), «общая патология отыскивает и устанавливает законы, по которым совершаются в живом организме всевозможные отклонения от нормы; она создает таким образом ряд типов болезненных процессов и является действительно общей частью всего объема Частной патологии; этим достаточно оправдывается ее название – Общая патология». По мнению В.К. Линдемана (1910), «основной задачей общей патологии является изучение законов, управляющих патологическими процессами» [1, с. 11].

Три закона диалектики нашли свое прямое методологическое применение в общей патологии – в концепции «Антагонистической регуляции функций как важнейшем механизме поддержания гомеостаза», в концепции «Рекомбинационных преобразований как одного из механизмов жизнедеятельности организма и его компенсаторно-приспособительных реакций», в концепции «Единство в многообразии», в концепции «Рекомбинации (перегруппировки) – важнейшем механизме качественных изменений в живых системах» и др.

Исследуя этиологию заболевания, современные представители общей патологии обратились к Гегелю. Они обратили внимание на то, что Гегель (1837) различал принцип причинности применительно к неживой и живой природе: «то, что действует на живое, самостоятельно определяется, изменяется и преобразуется последним, ибо живое не дает причине дойти до ее действия; т.е. упраздняет ее как причину» [1, с. 37]. Это положение Гегеля подтверждается кибернетикой в том, что живая материя, включая биоорганизм – это кибернетическая система с действующими в ней механизмами саморегуляции,

самоорганизации и самовоспроизводства. Эта интересная идея пока не стала научным исследованием ни в философии, ни в общей патологии, ни в истории медицины. Вся проблема в том, пишут ученые, что в рамках философии и медицины философы не знают медицины, а медики не знают философии [2, с. 62].

Однако тенденция использования медициной методологии диалектического материализма развивается. Например, в общей патологии проведено обобщение некоторых общепатологических процессов по схеме диалектической категории «общее и частное». Такие патологические процессы как дистрофия, атрофия, воспаление, регенерация и гипертрофия, составили категорию «общее», так как они наблюдаются при всех болезнях, независимо от своеобразия их этиологии, патогенеза и клинико-анатомической картины (они могут быть в различных своих комбинациях и в разной степени выраженности). Диалектический принцип связи указал медикам на тот факт, что при любой болезни эти перечисленные патологические процессы не просто присутствуют, а взаимосвязаны между собой. Категория «пространство и время» также позволила увидеть, что взаимосвязь этих выделенных общепатологических процессов сосуществует (функционирует) на протяжении всего заболевания и что у них не только общие (типичные) характеристики, но и каждый процесс (дистрофия, атрофия, воспаление, регенерация, гипертрофия) имеет свои, только ему присущие черты.

Выводы

Работа над данной проблемой, изучение специальной литературы позволяет нам сделать ряд выводов: во-первых, развитие современной науки подтверждает и актуализирует теоретико-методологическую состоятельность диалектического материализма, обеспечивает более глубокий вектор их исследований деятельности; во-вторых, диалектический материализм как методологическая основа позволила теории общей патологии создавать не только новые методы исследования болезней, обобщать их и систематизировать, но и формировать диалектико-материалистическое мировоззрение врача и ученого; в-третьих, стало понятно, что успех науки и «прогресс в борьбе с болезнями человека достигнут исключительно теми учеными, кто сознательно или интуитивно стоял на позициях материализма» [2, с. 67]. Гиппократ говорил: «Врач-философ Богу подобен».

Источники и литература / Sources and references

1. Саркисов Д. С. Очерки истории общей патологии. Изд. 2-е, перераб. и доп. М., Медицина, 1993. С. 201–240.
2. Саркисов Д. С., Пальцев М. А., Хитров Н. К. Общая патология человека: Учебник (2-е изд., перераб. и доп.). М.: Медицина, 1997. 608 с.

3. Спиркин А. Г. Основы философии: Учеб. пособие для вузов. М.: Политиздат, 1988. 592 с.
4. Торосян А. Ц. Открытие основной функции живого. Фундаментальная теория. 2-е изд., перераб. и доп. / А. Ц. Торосян: Институт философии РАН, Национальная академия наук Армении. М.: Наука, 2005. 402с.

МАКАРЧУК С. В.

ЭНЦИКЛОПЕДИЧЕСКИЙ СЛОВАРЬ «ОБЩЕСТВЕННО-ПОЛИТИЧЕСКАЯ ЖИЗНЬ СИБИРИ В КОНЦЕ XIX – НАЧАЛЕ XX ВЕКА» КАК КОМПЛЕКСНЫЙ ИСТОРИОГРАФИЧЕСКИЙ ИСТОЧНИК УЧАСТИЯ МЕДИКОВ

Независимый исследователь

МАКАРСУК S. V.

ENCYCLOPEDIA "SOCIAL AND POLITICAL LIFE OF SIBERIA IN THE END OF THE 19TH - BEGINNING OF THE 20TH CENTURY" AS A COMPREHENSIVE HISTORIOGRAPHICAL SOURCE OF MEDICAL PARTICIPATION

Independent Researcher

Аннотация: количественному и семантическому (тематическому) разбору подвергаются обобщающие и биографические статьи энциклопедического словаря, затрагивающие участие медиков во всех сферах общественно-политической деятельности, включая политические партии, выборные государственные и муниципальные органы, профсоюзы, кооперативы, культурно-просветительные и благотворительные организации.

Ключевые слова: Сибирь, медики, политические партии, общественные организации, историографический анализ.

Abstract: generalizing and biographical articles of the encyclopedic dictionary are subjected to quantitative and semantic (thematic) analysis, affecting the participation of physicians in all spheres of social and political activity, including political parties, elected state and municipal bodies, trade unions, cooperatives, cultural and educational and charitable organizations.

Keywords: Siberia, physicians, political parties, public organizations, historiographical analysis.

Институт истории СО РАН завершил работу над уникальным фундаментальным изданием – энциклопедическим словарём «Общественно-политическая жизнь Сибири в конце XIX – начале XX века». Словарь вышел в издательстве «Параллель» под редакцией профессора М. В. Шиловского в 2019 году [16]. В авторский коллектив издания вошли видные сибирские специалисты

по истории общественно-политического движения – М. В. Шиловский, В. П. Зиновьев, А. П. Толочко и другие. В том числе соавтором издания стал единственный кемеровский историк, профессор Кемеровского государственного медицинского университета (КемГМУ) С. П. Звягин. Две статьи написал в энциклопедический словарь и автор представленного на данной конференции материала [16, с. 100, 186]. Энциклопедический словарь уже начал получать высокие оценки рецензентов [18].

Предпринятое издание представляет собой комплексный историографический источник по проблемам сибирского общественно-политического движения конца XIX – начала XX века. Оно обладает высокой историографической культурой, связанной не только с внутренним содержанием статей, включающих анализ историографического дискурса по рассматриваемым вопросам, но и снабжением каждой статьи обширным библиографическим списком, а также размещением историографических обзоров по отдельным общезначимым темам.

Материалы и методы исследования

Нам уже приходилось анализировать комплексные историографические источники [11]. Методологической основой их анализа служат теоретические работы по историографии зарубежных и отечественных учёных [5, 7, 9], а также труды, посвящённые комплексному историографическому анализу конкретных исторических проблем [1, 2, 8]. Феномен политического участия также разрабатывается современной политологией. Вышла обобщающая монография по теории политического участия [4]. Теоретико-методологические основания проблемы обоснованы в статье С. А. Пфетцера [17]. Практика политического участия индивида в один из конкретных исторических периодов рассмотрена и в нашей статье [10].

Материалы методологического характера послужили основой для анализа конкретного комплексного историографического источника – указанного энциклопедического словаря. При проведении исследования использовались традиционные принципы и методы историографии как вспомогательной исторической дисциплины: принцип историзма, объективности, ценностного подхода, сравнительно-исторический и проблемно-хронологический методы, а также методы периодизации, ретроспективного и перспективного анализа.

Цель исследования – в результате всестороннего анализа конкретного комплексного историографического источника выявить и осмыслить особенности и закономерности процесса участия одного из самых активных профессиональных слоёв населения – медиков в общественно-политическом движении Сибири в конце XIX – начале XX века.

Результаты и их обсуждение

Выявление роли медиков в общественно-политическом движении по историографическому источнику логичнее всего начать с количественного

анализа, который даёт наглядную характеристику исследуемого объекта. Методы количественного анализа в настоящее время активно разрабатываются в историографической литературе. Из вышедших в последнее время работ выделяются публикации и докторская диссертация И. М. Гарсковой. Особый интерес для нас представляет глава 4 «Количественный анализ историографии исторической информатики», в которой представлены конкретные образцы статистического анализа комплексных историографических источников [3].

Всего из 354-х статей рассматриваемого энциклопедического словаря в 29-ти статьях имеются упоминания о медиках: их образовании, специальности, оконченных учебных заведениях, участии в тех или иных формах общественно-политического движения. По фамилии в статьях названы 23 медицинских работника с известными образованием и специальностью, в т. ч. 11 врачей с законченным высшим медицинским образованием.

Эту статистику нельзя признать полной. Так, в словаре отсутствует упоминание о В. М. Броннере – студенте медицинского факультета Томского Императорского университета получившего учёную степень доктора медицины в Берлинском университете. На рубеже XIX – XX вв. он входил в костяк Томской социал-демократической организации, а с 1903 г. являлся членом Сибирского социал-демократического союза и активным участником революционных событий 1905 – 1907 гг. в Томске [6]. По нашим данным в Томскую организацию Российской социал-демократической рабочей партии (РСДРП) в 1908 г. входил военфельдшер Любимов, в Омскую социал-демократическую организацию в 1908 – 1909 гг. – фельдшер Антипов и врач Фокин, а в Тюменскую в 1908 – 1911 гг. – акушер Е. И. Липкина [15, с. 572-613.].

Семантический (тематический) анализ статей энциклопедического словаря о медиках показывает, что в большинстве из них речь идёт преимущественно об участии медиков в политических партиях и организациях – всего в 23-х статьях. Участие в Государственной Думе, местных выборных органах и обществах избирателей отобразено в 8-ми статьях и участие в культурно-просветительных, благотворительных организациях, профсоюзах и кооперативах – в 5-ти. Таким образом, всего в 36-ти случаях упоминается участие медиков в различных формах общественно-политического движения. Превышение их количества над общим числом статей о медиках (29) указывает на то, что в ряде статей освещается участие медиков сразу в нескольких направлениях общественно-политического движения.

Наибольшее количество упоминаний в статьях словаря относится к участию медиков в социал-демократическом движении. В обобщающей статье «Социал-демократическое движение» упоминаются врачи В. Е. Мандельберг, М. Л. Хейсин, В. И. Мещерский [16, с. 319, 321]. О В. Е. Мандельберге речь идёт также в статье «Сибирский союз РСДРП» [16, с. 290-293]. Ему же посвящена отдельная статья «Мандельберг Виктор Евсеевич», в которой указывается, что он окончил медицинский факультет Киевского университета Святого

Владимира, работал в социал-демократических кружках Петербурга, за что в 1893 г. был сослан в Восточную Сибирь. Стал одним из организаторов комитета РСДРП в Иркутске и Сибирского союза РСДРП. Принимал участие во II съезде РСДРП в Лондоне, на котором партия разделилась на большевиков и меньшевиков. По возвращению в Иркутск принял активное участие в Первой русской революции. Избирался депутатом от Иркутской губернии во II Государственную Думу, где входил в социал-демократическую фракцию. После революции 1917 г. до эмиграции работал в Иркутском комитете РСДРП (меньшевиков) [16, с. 181, 182].

Статья в словаре, написанная его редактором М. В. Шиловским, стала одним из первых опытов энциклопедического осмысления роли Мандельберга в общественно-политическом движении Сибири после длительного умолчания о нём в связи с обвинениями в «меньшевизме» и «сионизме». К настоящему времени фигура Мандельберга «обросла» значительной историографией, позволяющей дополнить небольшую статью о нём [14, с. 12-21].

Сведения о враче М. Л. Хейсине находим также в статье словаря «Красноярская организация РСДРП», которая упоминает о руководстве им одним из первых в городе марксистских кружков, действовавших среди преподавателей и учащихся городской фельдшерской школы в 1898 – 1899 гг. [16, с. 143]. Врачу В. И. Ищерскому посвящена отдельная статья, в которой обращается внимание на окончание им медицинского факультета Казанского университета, работе врачом на железной дороге в Омске и избрание его омичами депутатом I Государственной думы от Акмолинской области в которой он входил в социал-демократическую фракцию [16, с. 118].

Большая статья освещает врачебную и общественно-политическую деятельность другого омича – социал-демократа А. К. Виноградова, окончившего медицинский факультет Томского университета по специальности – терапевт. В Омске он с 1904 г. работал врачом железнодорожной больницы и военным врачом, одновременно принимая участие в местной организации РСДРП. Избирался депутатом II Государственной думы, где входил в социал-демократическую фракцию. Был широко известен как терапевт и деятель лечебного дела в Сибири. Входил в Общество борьбы с туберкулёзом. После февраля 1917 г. занимался частной врачебной практикой. Объявил себя меньшевиком-интернационалистом и был выдвинут депутатом в Учредительное собрание [16, с. 54-55].

Широкую известность в Енисейской губернии получил социал-демократ Ф. В. Гусаров, окончивший Военно-медицинскую академию в Петербурге и во время революции 1905 – 1907 гг. руководивший военной организацией при Петербургском комитете РСДРП. В 1907 г. сослан в Енисейскую губернию, где работал врачом в сёлах, возглавлял больницу Северо-Енисейского горного округа. Являлся членом Общества врачей Енисейской губернии. С 1913 г. работал в Красноярске врачом и зав. городской больницей. После Февральской

революции член районного комитета РСДРП в Красноярске и комиссар здравоохранения губернии [16, с. 85-86].

В 1905 г. после отбывания ссылки в Якутской области и Забайкалье в Иркутск прибыл Я. М. Ляховский. Он окончил медицинский факультет Киевского университета. Находясь в Петербурге познакомился с лидерами социал-демократии В. И. Лениным и Ю. О. Мартовым, участвовал в организованном ими «Союзе борьбы за освобождение рабочего класса». В Иркутске Ляховский вошёл в состав местного комитета РСДРП и возглавил Совет рабочих и служащих на железнодорожной станции Иркутск. После Первой русской революции отошёл от партийной и революционной деятельности и выехал в США [16, с. 177].

В обобщающей статье «Социалистов-революционеров партия (ПСР, эсеры)» выделено участие в Томской организации ПСР с 1902 г. врача В. Н. Соколова, а в Иркутской организации – одного из основателей эсеровской партии, бывшего студента Петербургской медико-хирургической академии М. А. Натансона [16, с. 236]. В статье о близкой к эсерам Трудовой народно-социалистической партии (ТНСП) отмечен факт, что в июле 1917 г. из 21 кандидата от ТНСП в Иркутскую городскую думу 3 являлись врачами, а на декабрьском губернском съезде партию представляли 9 человек, из них 2 являлись медиками – фельдшер и провизор [16, с. 349]. В статье «Всероссийский крестьянский союз (ВКС)» особо отмечена роль в создании этой, находящейся под влиянием эсеров организации врача и будущего депутата I Государственной думы от Енисейской губернии трудовика Н. Ф. Николаевского [16, с. 68].

В отдельных статьях помещены биографические сведения о наиболее ярких представителях эсеровской партии. П. Я. Михайлов, будучи вольнослушателем медицинского факультета Томского университета в 1905 г. вступил в ПСР. Вёл подпольную партийную работу в Томске, Омске, Иркутске, Кургане, Красноярске, входил в состав Боевого летучего отряда Сибирского комитета ПСР. После побега из ссылки в Якутскую область продолжал нелегальную партийную деятельность в Новониколаевске, Томске, Иркутске, Минусинском и Кузнецком уездах. Активно работал в сельской кооперации. Избирался во Всероссийское Учредительное собрание от Томской губернии по эсеровскому списку. Являлся членом Всесибирского краевого комитета партии социалистов-революционеров [16, с. 187].

И. А. Якушев после окончания Омской фельдшерской школы вступил в 1907 г. в партию эсеров. Вёл агитацию среди крестьян, сотрудничал в сибирских повременных изданиях. Проживая с 1913 г. в Иркутске работал в продовольственной комиссии городской думы. В 1917 г. от местной эсеровской организации избирался гласным городской думы, председателем городского продовольственного комитета [16, с. 395-396].

Студент Харьковского ветеринарного института Л. П. Ешин ещё в 1879 г. вступает в партию «Народная воля» и вскоре за революционную деятельность

высылается в г. Бийск, где арестовывается за издание и распространение брошюр «Народовластие» и «Что такое Всероссийский крестьянский союз». Принимает участие в работе Бийского общества попечения о начальном народном образовании, Алтайского сельскохозяйственного общества. В 1915 г. избирается гласным городской думы г. Барнаула [16, с. 97].

Студент медицинского факультета Московского университета М. Н. Загибалов в 1863 – 1866 гг. принимал участие в деятельности народнического кружка Н. А. Ишутина. Во время ссылки в Сибирь участвовал в создании Томской организации ПСР, редактировал её газету «Сибирский вестник» (1903 – 1905 гг.). Принимал активное участие и избирался в руководящие органы Томского общества попечения о народном образовании [16, с. 100-101].

В отношении участия сибирских медиков в движении анархистов сведения в энциклопедическом словаре отсутствуют. Этот факт отражает общее состояние изученности проблемы профессионального состава анархистских группировок в Сибири. Даже в фундаментальном научном труде А. А. Штырбула о сибирском анархизме этот вопрос не получил должного освещения, а в отношении медиков отмечен лишь факт вхождения учащихся фельдшерских школ в Омскую группу анархистов и Забайкальскую федерацию групп вооружённого народного восстания [19, с. 119].

Нам также при изучении отдельных анархистских групп пришлось столкнуться с отсутствием сведений о профессиональном составе их в архивной документации Особого отдела Департамента полиции (ДП ОО), Иркутского охранного отделения и губернских жандармских управлений (ГЖУ) [12, 13]. Медики, конечно, и не могли массово входить в организации анархистов, т. к. их гуманная профессия была несовместима с терактами и убийствами, лежащими в основе экстремистской тактики анархистов.

Основной политической партией либерального направления в Сибири была конституционно-демократическая партия (кадеты), официально называемая Партией народной свободы (ПНС). В словаре помещены биографии с подробным описанием общественно-политического участия нескольких кадетов – медиков. В Томске большой популярностью пользовался врач П. И. Макушин – выпускник Петербургской медико-хирургической академии, избравшийся в 1902 – 1905 гг. даже городским головой Томска. Он написал ряд медицинских учебников, организовал Томское общество практических врачей, несколько раз избирался гласным городской думы, а в 1906 г. стал депутатом I Государственной думы от Томской губернии и членом её кадетской фракции. После возвращения в Томск включается в местное кооперативное движение – возглавил Общество взаимного страхования, затем Общество взаимного кредита [16, с. 179].

В Омске в состав актива кадетской организации входил выпускник Казанского ветеринарного института В. В. Барышевцев. Одновременно он стал учредителем Общества художников и любителей искусств, членом Западно-

Сибирской организации Русского географического общества (ЗСОРГО), членом Тарского и Ялуторского обществ помощи бедным учащимся [16, с. 26]. В Новониколаевске фельдшер Н. П. Литвинов в начале Первой русской революции вступил в ПНС и даже выпустил несколько воззваний железнодорожных забастовщиков. Избирается гласным городской думы и городским старостой. Издаёт либеральные газеты «Народная летопись», «Обская жизнь», «Алтайское дело». Является одним из учредителей Общества попечения о народном образовании, входит в руководящий комитет местного отдела Общества изучения Сибири и улучшения её быта [16, с. 175].

В Барнауле известностью пользовался кадет В. К. Штильке, который ещё будучи студентом Перербургской медико-хирургической академии высылается на Алтай. В 1884 г. стал товарищем председателя Барнаульского общества попечения о начальном образовании. Выступил одним из организаторов Общества любителей исследования Алтая. В 1900 г. организовал в Барнауле Общество взаимопомощи личного труда. Избирался гласным Барнаульской городской думы и депутатом III Государственной думы от Томской губернии в которой примыкал к кадетской фракции [16, с. 383-384].

Окончивший Казанский ветеринарный институт, будущий член ЦК ПНС В. С. Востротин активно участвовал в общественно-политической жизни Енисейской губернии. Избирался гласным городской думы и городским головой г. Енисейска. Являлся председателем ряда просветительных и благотворительных организаций. Стал депутатом III и IV Государственных дум от Енисейской губернии (кадетская фракция) [16, с. 67-68].

В отношении участия медиков в монархических партиях и организациях энциклопедический словарь указывает лишь на членство провизора В. Р. Моравецкого в Томском отделении «Русского народного общества за веру, царя и отечество» [16, с. 371].

Ряд обобщающих статей словаря обращает внимание на участие медиков в тех или иных организациях без указания на их партийность. В статье «Государственной думы депутаты» подсчитано, что из 15-ти депутатов, которых сибиряки успели избрать в I Государственную думу оказались 3 врача. Во II Государственной думе в числе сибирских депутатов было 2 врача [16, с. 81-82]. Врачи входили в Сибирскую парламентскую группу [16, с. 285-286], редакцию журнала «Сибирские вопросы» [16, с. 287].

Выводы

Таким образом, анализ как биографических, так и обобщающих статей энциклопедического словаря показывает, что профессиональный отряд сибирских медиков принимал активное участие в общественно-политическом движении конца XIX – начала XX вв., являясь одним из самых включённых из слоя интеллигенции. Участниками общественно-политического процесса являлись медики – члены политических партий и беспартийные. Наиболее яркие политические фигуры среди медиков были выдвинуты партиями социал-

демократов, социалистов-революционеров, конституционных демократов. Что касается медиков – анархистов, монархистов и беспартийных, то их участие в общественно-политическом движении нуждается в дальнейшем изучении, также как охват влиянием медиков некоторых институтов общественно-политического движения, прежде всего профессиональных союзов и кооперативов.

Несомненно, что рассматриваемый энциклопедический словарь внёс весомый вклад в историографическую оценку общественно-политического движения всех слоёв сибирского населения, в т. ч. медиков. Он послужит толчком к дальнейшему изучению поставленных в комплексном историографическом издании исторических проблем.

Источники и литература / Sources and references

1. Асташева М. В. Историографический обзор исследований, посвященных региональной культурной идентичности // Социодинамика. 2015. № 4. С. 75–83.

2. Бандурин С. Г., Цветков И. Б. Историографическая культура в работах по пограничной истории // Вестник Пермского национального исследовательского политехнического университета. Культура. История. Философия. Право. 2018. № 1. С. 75–81.

3. Гарскова И. М. Историческая информатика: методологические и историографические аспекты развития: дис. ... д-ра ист. наук. М., 2018. 611 с.

4. Гончаров Д. В. Теория политического участия. – М.: Юрист, 1997. 208с.

5. Ипполитов Г. М. Классификация источников в проблемно-тематических историографических исследованиях и некоторые методологические подходы к их анализу // Известия Самарского научного центра РАН. 2011. Т. 13. № 3-2. С. 501–509.

6. Кижнер Д. М., Чернова И. В. В. М. Броннер – полузабытое имя революционной эпохи // Евреи в Сибири и на Дальнем Востоке: история и современность. Сборник материалов VII региональной научно-практической конференции. Кемерово, 21-22 августа 2006 / под ред. Я. М. Кофмана. Красноярск; Кемерово: Красноярский писатель, 2006. С. 43-53.

7. Кроче Б. Теория и история историографии. М.: Школа «Языки русской культуры», 1998. 192 с.

8. Ланской Г. Н. «Труды Историко-архивного института» как историографический источник // Новый исторический вестник. 2013. № 2. С. 80–88.

9. Логунов А. П. Отечественная историографическая культура: современное состояние и тенденции трансформации // Образы историографии / науч. ред. А. П. Логунов. М.: РГГУ, 2001. С. 7–58.

10. Макаручук С. В., Генина Е. С. Коммунисты Кузбасса: культура индивидуального политического действия в период «позднего сталинизма» (по архивным источникам комитетов ВКП(б) – КПСС). // Вестник Кемеровского государственного университета культуры и искусств, 2020. № 53. С. 180-193.

11. Макаrchук С. В., Генина Е. С. Межвузовский сборник научных трудов «Сибирь: XX век» (Вып. 1 - 6. Кемерово: Кузбассвузиздат, 1997 – 2007) как комплексный историографический источник // Вестник Кемеровского государственного университета, 2021. Т. 2 (23). С. 371-389.

12. Макаrchук С. В., Звягин С. П. Экстремистские политические группировки на востоке России: Дальневосточная группа анархистов-коммунистов в 1907 – 1910 гг. // Вестник общественных и гуманитарных наук, 2022. Т. 3. № 2. С. 13-21.

13. Макаrchук С. В., Звягин С. П. Экстремистские политические группировки на востоке России: Тулунская группа анархистов в 1913 – 1915 гг. // Вестник общественных и гуманитарных наук, 2022. Т. 3. № 4. С. 6-13.

14. Макаrchук С. В. В. Е. Мандельберг: к историографии сибирского этапа общественно-политической деятельности известного врача (конец XIX - начало XX вв. // История медицины в Сибири: материалы II Международной научно-практической конференции. (Кемерово, 17-18 марта 2021 г.) / отв. ред. В. В. Шиллер, С. П. Звягин, З. В. Боровикова, А. В. Палин, Е. В. Бадаев. Кемерово: КемГМУ, 2021. С. 12-21.

15. Макаrchук С. В. Социал-демократические и внепартийные организации восточных регионов России в межреволюционный период. Июнь 1907 – февраль 1917 гг. Дис. ...докт. ист. наук. Кемерово, 1995. 662 с.

16. Общественно-политическая жизнь Сибири в конце XIX – начале XX в.: Энциклопедический словарь / под ред. М. В. Шиловского. Новосибирск: Параллель, 2019. 398 с.

17. Пфетцер С. А. Теоретико-методологические основания анализа проблемы политического участия // Вестник Кемеровского государственного университета, 2013. № 3(55). Т. 1. С. 103-110.

18. Харусь О. А. Общественно-политическая жизнь Сибири в конце XIX – начале XX в.: Репрезентация в энциклопедическом формате // Вестник Томского государственного университета. История, 2020. № 64. С. 185-190.

19. Штырбул А. А. Анархистское движение в Сибири в 1-й четверти XX века. Антигосударственный бунт и негосударственная самоорганизация трудящихся: теория и практика. Часть 1. (1900 – 1918). Омск: Изд-во Омского педагогического университета, 1996. 206 с.

НИКИТИНА С. М.

ИСТОРИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ С ДРЕВНЕЙШИХ ВРЕМЕН ДО СОВРЕМЕННОСТИ

Кафедра истории

Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово

Научный руководитель – канд. ист. наук, доцент З.В. Боровикова

NIKITINA S. M.

HISTORY OF DRUG USE FROM ANCIENT TIMES TO PRESENT

Department of History

Kemerovo State Medical University, Kemerovo

Supervisor: PhD in History, Associate Professor Z.V. Borovikova

Аннотация: с древнейших времен многие народы использовали наркотические вещества в качестве болеутоляющих средств, а также при проведении религиозных обрядов. Однако только в последние десятилетия наркомания стала стремительно распространяться по всему миру.

Ключевые слова: наркотические вещества, одурманивающие и болеутоляющие средства, опиумные войны, анестезиология, наркомания.

Abstract: since ancient times, many peoples have used narcotic substances as painkillers and during religious rites. However, only in recent decades, drug addiction began to spread rapidly throughout the world.

Keywords: narcotic substances, intoxicants and painkillers, opium wars, anesthesiology, drug addiction.

В истории были периоды, когда употребление наркотических веществ поддерживалось религиозными представлениями и одобрялось общественным мнением. Долгое время наркотики использовались в качестве болеутоляющих средств. В современном мире человечество имеет дело с наркоманией, как с пагубным социальным заболеванием, охватившим весь мир.

Цель исследования – собрать и обобщить сведения об использовании наркотических веществ в истории человечества. Сравнить представления людей о психотропных веществах в прошлом и на сегодняшний день.

Материалы и методы исследования

Исследование базируется на системном подходе общенаучных методах анализа и статистической обработки данных. В ходе работы применялись научные труды, посвящённые применению наркотических веществ в древности и современности, иудейские и древнегреческие мифы.

Результаты и их обсуждение

Наркотические средства – (Remedia Narcotica) – научный термин, применяемый в медицине для обозначения групповой принадлежности ряда нейротропных лекарственных средств. До середины XIX в. наркотическими считались лекарственные препараты, вызывающие нарушение сознания, контроля двигательной функции, моторики и чувствительности. В группу лекарственных средств, названных наркотическими, включались препараты различные по способу воздействия на организм, локализации действующего вещества, а также применению (алкоголь, опий, дурман, мандрагора).

Наркотические средства применялись в медицине для обеспечения анестезии, устранения болей [1].

За много тысяч лет до возникновения цивилизаций известно о проведении сложных хирургических манипуляций, выполнение которых было бы невозможно без помощи эффективных болеутоляющих средств. Так археологам на острове Борнео (Индонезия) удалось найти скелетные останки молодого человека, которому 31 000 лет назад хирургическим путём ампутировали дистальную треть левой голени. Человек вынес процедуру и прожил ещё 6-9 лет, что также свидетельствует о применении веществ, подавляющих чувствительность [2].

В древности в качестве противошоковых средств применялись: корень мандрагоры, дурман и мак. Около 5000 лет до н.э. на Ближнем Востоке возросла популярность растения под названием «злак радости». Мак снотворный (*P. Somniferum L.*) является лекарственным болеутоляющим растением со времён знахарства и врачевания травами. В ходе археологических раскопок семена мака удалось найти вблизи Боденского озера, находящегося на границе Германии, Австрии и Швейцарии в Северной Европе [3]. Изображения цветка мака встречаются у древних шумеров. Описания исцеляющего от боли растения найдены в минойской и древнегреческой культурах. В трудах Гиппократ и Теофраста, датируемых ещё 430–330 г. до н.э., можно найти описания «меконины» – вещества, подавляющего чувствительность.

Не зная губительного действия наркотических веществ, древние племена жгли цветки мака. Маковая солома (высушенный мак) по-прежнему содержала алкалоиды опия, которые извлекались путём экстракции, а также тепловой обработки с выделением седативных, одурманивающих паров в воздух. Геродот, повествуя о быте древних скифов, говорил: «Они садились вокруг дерева, бросали в разводимый костёр какие-то плоды и опьянялись дымом от этих плодов, как эллины опьяняются вином» [3].

Первым письменным источником, свидетельствующем об использовании алкоголя стала Книга Бытия, написание которой приходится на начало XIV в. до н.э. «Ной был первым человеком, который посадил виноградную лозу, сделал вино, напился и улёгся пьяным в шатре...» [4].

Наркотические вещества активно использовались в древней медицине. В странах Древнего Востока попытки обезболивания с их помощью делались уже в XV в. до н.э. В папирусе Эберса сообщается об использовании перед операцией средств, уменьшающих чувство боли: мандрагоры, белладонны, опия, спиртного. Для местного обезболивания использовали мемфисский камень и уксус, который втирали в кожу, что приводило к выделению углекислоты, боль быстро отступала.

В еврейской культуре люди, применяя наркотические вещества, якобы устанавливали связь с Богом. «Геката являлась на призывы тех, кто принял волшебное зелье и натёрся необыкновенной мазью» [5].

В индийских религиозных церемониях использовался наркотик каннабис (гашиш), употреблять его могли только брахманы. Брахманы, или брамины, представляли собой высшее сословие индийского общества. Слово «брахман» созвучно с индийским идеалистическим понятием «абсолюта» и означает «благоговение», мировая душа. Брахман – посланник Бога на земле. Именно брахманы-жрецы проводили различные ритуалы: жертвоприношение, песнопение, занимались чтением религиозных текстов. Им подобало быть благочестивыми, делиться мудростью с окружающими [6].

Древние римляне тоже были знакомы с алкоголями и психотропными веществами. В Древнем Риме встречаются довольно яркие изображения празднества в честь Вакха – бога вина и веселья. Анестезию римские медики проводили с применением физической силы, использовали дубину, которой ударяли пациента по голове перед операцией. Особенно ценились врачи, которые грамотно рассчитывали силу удара, так что пациент после процедуры возвращался в прежнее состояние. Также в качестве обезболивания римляне использовали удар морского электрического ската. В переводе с древнегреческого рыба-скат означает онемение. Излучение ската рекомендовалось применять при головных болях: класть пациенту на голову и держать до тех пор, пока не наступит облегчение. Этот способ применяли для лечения мигрени римского императора Коммода [7].

Изучая древнерусские рукописные книги и литературные источники можно заметить, что хирургия и знания в области обезболивания и анестезиологии находились в то время на таком же уровне развития, что и у других народов, населяющих европейские государства. По данным Н. А. Богоявленского (1872-1947 г.), врача-эпидемиолога, историка медицины, в Древней Руси применялись такие болеутоляющие и снотворные средства, как «болиголов», «салата», «полынь», «геллебор». Наибольшей известностью из наркотических препаратов пользовались «мандрагора» и «опий», который называли также «шаром», «афианом», «терьяком», «клеем лекарским». Местно для обезболивания использовали холод: холодную воду, снег, лед. Снотворные средства на основе трав применяли на Руси около 1000 лет назад не только для облегчения болей у хирургических больных, но и в акушерской практике [7].

Опиум – сильнодействующий наркотик, получаемый из незрелых коробочек снотворного мака, использовали в лекарственных целях в Древнем Египте. Британские учёные нашли рукописи, датируемые VII в. до н.э. «Ранним утром старая женщина, мальчики и девочки собирали сок на разрезах маковых капсул небольшой железной ложечкой и затем переносили его в горшочек для пищи».

Слово «опиум» (оріум) встречается в культурах многих народов. Сок мака, обладающий эффектом забвения, упоминается в Библии. В переводе с древнееврейского на страницах Ветхого Завета встречаются слова голова,

головка, сок головок некоего растения. Описания опиума можно найти в Талмуде, содержащем сведения донаучной медицины.

Во времена существования Империи Великих Монголов появляются такие слова, как «khash-khash», «khash-khasharasa», которые в переводе обозначали семена или сок мака. В санскрите есть слова-синонимы опиума. Например, «arhena», пена, пенистое вещество, «ahi-rhena» – ядовитая пена.

В XVII в. европейцы активно ввозят опиум под видом табака в Китай. В стране развивается опиокурение, которое приобретает массовый характер. Попытка властей защитить страну от наркомании приводит к опиумным войнам с Англией и Францией. В ходе иностранной интервенции Китай был вынужден предоставить право ввоза опиума в пределы государства. Многие жители начали выращивать мак самостоятельно [8].

В Западной Европе в XVII–XVIII в. опиумом часто лечили психические расстройства. Побочное действие, кратковременную эйфорию у пациента при этом не замечали или считали проявлениями болезни. В Париже в больницах Отель Дье и Шарите лауданум наркотические вещества в комбинации с валерианой и другими лекарствами были основными средствами для лечения всех душевных расстройств. Помимо опиума и сиропа из семян мака в смесь добавляли корицу, армянскую глину, ясенец белый, перец, имбирь, зёрна тмина. На протяжении XVIII–XIX в. некоторые учёные-медики, такие как Альбрехт фон Галер (1708–1777) – швейцарский анатом и физиолог, Джон Эдвард Леннард-Джонс (1894–1954) – член Лондонского королевского общества, стали задумываться о пагубном влиянии опиума. Однако основная масса врачей по-прежнему связывала негативное воздействие опиума при лечении с психоэмоциональным состоянием больного или врождёнными особенностями.

В XIX в. в Европе возрос интерес к употреблению наркотических веществ среди творческой интеллигенции. Благодаря опиуму и гашишу к богеме якобы являлась муза. Поэтому творческая элита опровергала негативное влияние психотропных веществ. Бодлер писал: «...Возбуждающие яды представляются мне не только одним из самых ужасных и наиболее верных средств, которыми располагает дух тьмы, чтобы вербовать и поработать достойный сожаления род человеческий, но и одним из самых совершенных его перевоплощений».

В 1803 г. французские и немецкие фармацевты выделили из опиума опиумную соль – кристаллическое вещество, которое позже было названо морфием. Название было взято из греческой мифологии и подчеркивало снотворный эффект выделенного из опиума вещества.

Немецкий фармацевт Фридрих Вильгельм Сертюрнер (1783–1841) ставил эксперименты с морфием на бездомных собаках. Он приводил их в лабораторию, угощал кормом, к которому были примешаны гранулы морфия. На всех собак порошок производил одинаковое действие: у них быстро появлялись признаки усталости, они впадали в продолжительный и глубокий сон, из которого их не

могли вывести даже сильные шипки. После возможность лечения морфием была обнаружена химиком на самом себе и едва не стоила ему жизни.

В 1853 г. были впервые предложены подкожные инъекции алкалоидами. Морфий активно использовался в качестве снотворного, применялся при анестезии. Врачи полагали, что морфин – безопасное вещество, поскольку попадает в организм человека через кровь, а не пероральным путём. Гиподермическая инъекция ослабляла боль и страдания пациента, вместе с тем порождая зависимость, от которой невозможно было избавиться. Морфий в составе опиума был менее опасен, поскольку сочетался с другими алкалоидами, замедляющими всасывание основного вещества.

На смену морфинизму в 1880-х г. пришёл кокаинизм. Алкалоид кокаин был выделен из листьев коки. Действие кокаина на психику и жизненно важные центры вызвало интерес у многих выдающихся представителей медицинского мира, в том числе и известного психиатра Зигмунда Фрейда (1856-1939 г.), который в 1883 г. произвел сенсацию, исследуя действие кокаина на самом себе. Очень быстро учёные-медики сочли кокаин опасным для жизни и здоровья человека. К началу XX в. кокаин был полностью исключен из психиатрии, как и некоторые другие препараты. Важным событием, повлиявшим на опиумную терапию XIX в., следует считать появление конкурентоспособных седативных средств: бромидов (1850 г.), паральдегида (1882 г.), этилсульфона (1885 г.) и барбитуратов (1898 г.), заменивших к концу века опиум в психиатрической практике. В анестезиологии опиум был вытеснен эфиром для наркоза (1842 г.), хлороформом (1847 г.) и закисью азота (1850 г.).

На протяжении многих тысячелетий человечество было знакомо с наркотическими веществами. Однако суровые условия существования, необходимость в тяжелой каждодневной работе и физическом труде всех членов общества для обеспечения выживания не способствовали широкому распространению наркомании. Наркотические вещества пользовались популярностью среди определённого круга лиц при проведении религиозных обрядов, также в качестве обезболивающего средства во время сложных лечебных манипуляций.

Выводы

Уровень развития медицины прошлых лет не позволял оценить полную картину воздействия наркотических веществ на человеческий организм. Употребление опиума, как и алкоголя, – есть кратковременное утешение, приводящее к непоправимым последствиям. С развитием медицины, проведением химических исследований, выделением алкалоида морфия стало безоговорочно понятно негативное воздействие наркотических препаратов, приводящее к дистрофии внутренних органов человека и его последующей инвалидизации. В XX в. наркоманию признали особым классом заболевания. Настоящее время знаменуется острыми социальными проблемами, связанными

с массовой распространённостью психотропных веществ и заражением населения всего земного шара.

Источники и литература / Sources and references

1. Понятие о наркотических веществах. Доступно по: <https://бмэ.орг/index.php/>. Ссылка активна на 01.01.23.
2. Maloney T. R., Dilkes-Hall I. E., Vlok M. et al. Surgical amputation of a limb 31,000 years ago in Borneo. *Nature* 609, 547–551 (2022). Доступно по: <https://doi.org/10.1038/s41586-022-05160-8>. Ссылка активна на 28.02.2023.
3. Ульянкина Т. И. Российский медицинский журнал. История опиумных препаратов и проблема возникновения наркомании. Доступно по: https://www.rmj.ru/articles/anesteziologiya/ISTORIYa_OPIUMNYH_PREPARATOV_I_PROBLEMA_VOZNIKNOVENIYa_NARKOMANII/. Ссылка активна на 08.01.23.
4. Библейская история с опьянением Ноя. Доступно по: <https://arminiantheology.wordpress.com/2017/07/03/библейская-история-с-опьянением-ноя/>. Ссылка активна на 01.01.23.
5. Образ Гекаты – богини ночей. Доступно по: <https://musaget.ru/gekata-mrachnaya-boginya-nochey/>. Ссылка активна на 03.01.23.
6. Брахманы – жизнь и происхождение высшей касты жрецов в Индии. Доступно по: <https://polet-dushi.ru/brahmany-zhizn-i-proishozhdenie-vysshey-kasty-zhretsov-v-indii/>. Ссылка активна на 04.01.23.
7. История возникновения обезболивания. Доступно по: <https://eduherald.ru/ru/article/view?id=18421>. Ссылка активна на 05.01.23.
8. Первая Опиумная война: предпосылки, ход, основные события. Доступно по: <https://bank.nauchniestati.ru/primery/diplomnaya-rabota-na-temu-pervaya-opiumnaya-vojna-1840-1842-i-ee-posledstviya-dlya-kitaya-imwp/>. Ссылка активна на 07.01.23.

ПОМЫТКИНА Т. Е., МОДИНА М. А., ШИЛЯЕВА К. В.

ОСЛОЖНЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТА С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

*Кафедра поликлинической терапии, последипломной
подготовки и сестринского дела*

*Кемеровского государственного медицинского университета,
г. Кемерово*

POMYTKINA T. E., MODINA M. A., SHILYAEVA K. V.

COMPLICATION OF PEPTIC ULCER DISEASE IN A PATIENT WITH COMBINED PATHOLOGY

*Department of Outpatient Therapy, Postgraduate Training and Nursing
Kemerovo State Medical University, Kemerovo*

Аннотация: осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у коморбидных пациентов встречаются часто и нередко заканчиваются смертельным исходом, несмотря на постоянный прием ингибиторов протонной помпы с профилактической целью. Нами проанализирован случай ведения коморбидного пациента, смерть которого наступила в результате осложнений язвенной болезни желудка.

Ключевые слова: язвенная болезнь, желудок, двенадцатиперстная кишка, желудочно-кишечное кровотечение, перфорация, коморбидность.

Abstract: complications of gastric ulcer and duodenal ulcer in comorbid patients are common and often fatal, despite the constant use of proton pump inhibitors for preventive purposes. We analyzed the case of a comorbid patient whose death occurred as a result of complications of gastric ulcer.

Keywords: peptic ulcer, stomach, duodenum, gastrointestinal bleeding, perforation, comorbidity.

У коморбидных пациентов высока вероятность развития осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ДПК) [1, 2, 3]. Согласно клиническим рекомендациям, наиболее часто встречающимися осложнениями данного заболевания являются перфорация и кровотечение. Данные осложнения чаще выявляются у лиц, имеющих сочетанную патологию, принимающих антикоагулянты, нестероидные противовоспалительных средства (НПВС) и глюкокортикостероиды (ГКС). Надо отметить, что перфорация неизбежно приводит к развитию перитонита, что повышает летальность у данных пациентов до 30% и более [4]. При этом использование ингибиторов протонной помпы (ИПП) способствует снижению рисков возникновения осложнений ЯБЖ и ДПК до 2.5% и менее [5].

Цель исследования – проанализировать случай осложненного течения ЯБ у коморбидного пациента.

Материалы и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ амбулаторной карты и истории болезни пациента, страдающего ЯБ и имеющего сочетанную патологию.

Результаты и их обсуждение

Пациент С. 62 лет, был доставлен 19.05.2022 в стационар больницы Минздрава Кузбасса с диагнозом: новая коронавирусная инфекция COVID-19 (вирус идентифицирован от 19.05.2022), средней степени тяжести, осложненная двусторонней полисегментарной пневмонией, ДН 1. Ишемическая болезнь сердца (ИБС), Гипертоническая болезнь III стадии, ЯБЖ вне обострения, Сахарный диабет 2 типа, Ожирение 2 степени. Лечение пациента, помимо препаратов для лечения хронической соматической патологии, проводилось с применением НПВС, ГКС, антикоагулянтов, антибактериальных и

противовирусных препаратов. С целью профилактики гастроинтестинальных осложнений пациенту был назначен омепразол по 1 капсуле (20 мг) 2 раза в день. В ночь с 20.05.2022 на 21.05.2022 больной пожаловался на кинжальные боли в эпигастральной области. Было выполнено: экстренная гастроскопия (обнаружена перфоративная язва желудка), проведено хирургическое вмешательство: лапаротомия с ушиванием дефекта и дренированием брюшной полости.

Состояние пациента на фоне лечения основного заболевания в послеоперационном периоде ухудшилось: 22.05.2022 течение заболевания осложнилось кровотечением. Пациенту была проведена резекция 2/3 желудка по Бильрот-II. В результате длительной гипотонии на фоне продолжающегося кровотечения развилось острое почечное поражение. 28.05.2022 была диагностирована несостоятельность культи ДПК с последующим ушиванием дефекта. Смерть больного наступила 28.05.2022 на фоне декомпенсации сопутствующей патологии.

При анализе амбулаторной карты пациента выявлено, что в 2017 году он проходил курс консервативного лечения в отделении хирургии с диагнозом: ЯБЖ: рецидив, осложненный кровотечением. Проведена эрадикационная терапия хеликобактериоза по стандартной схеме (1 линия), которая обусловила длительную ремиссию заболевания до 2022 года.

Таким образом, у пациента имелось сочетание сразу нескольких факторов риска: ЯБЖ в анамнезе, применение НПВС в качестве антипиретика, ГКС и гепарина с целью профилактики тромбоэмболических осложнений, тяжелая сопутствующая патология. Наличие опасных для жизни осложнений ЯБ, перфорации с кровотечением на фоне коморбидной патологии, не исключает высокую вероятность летального исхода.

Выводы

Желудочно-кишечное кровотечение и перфорация язвы у коморбидных пациентов является не часто встречающимся, но опасным осложнением, которое требует профилактики, своевременной диагностики и лечения. Необходимо проводить тщательный сбор анамнеза, акцентируя внимание на факторы риска, для правильного назначения и выбора дозировки НПВС, ГКС и антикоагулянтов. Основным средством, снижающим риски осложнений ЯБ на фоне коморбидной патологии являются ИПП с индивидуальным подбором и режимом дозирования.

Источники и литература / Sources and references

1. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И. Перитонит. М: Литтерра, 2006.
2. Lau J.Y., Sung J., Hill C. et al. Systematic review of the epidemiology of complicated peptic ulcer disease: incidence, recurrence, risk factors and mortality. Digestion 2011; vol.84: 102-113.

3. Помыткина, Т. Е., Загайнов А. В. Структура госпитализированных больных гастроэнтерологического отделения стационара // Материалы междунауч. конф. «Психология. Спорт. Здравоохранение» (Санкт-Петербург, апрель 2021). – СПб: ГНИИ «Нацразвитие», 2021. С. 21-23.
4. Toews I. G. A., Peter J.V., Kirubakaran R. et al. Interventions for preventing upper gastrointestinal bleeding in people admitted to intensive care units. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 6.
5. Помыткина, Т. Е. Оценка качества диагностики и лечения язвенной болезни на амбулаторном этапе // Материалы VI междисциплинарного медицинского форума с международным участием «Актуальные вопросы совершенствования медицинской помощи и профессионального медицинского образования» - Белгород: ИД «Бел ГУ» НИУ «Бел ГУ», 2021. С. 113 -114.

САМАРСКИЙ И. Е.

**ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ЭВАКУАЦИОННЫХ ГОСПИТАЛЕЙ В
КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ
ВОЙНЫ**

*Кафедра микробиологии и вирусологии
Кемеровского государственного медицинского университета*

SAMARSKII I. E.

**ORGANIZATION OF THE SYSTEM OF EVACUATION HOSPITALS IN
THE KEMEROVSK REGION DURING THE GREAT PATRIOTIC WAR**

*Department of Microbiology, Immunology and Virology
Kemerovo State Medical University*

Аннотация: в годы Великой Отечественной войны на территории СССР была создана сеть эвакогоспиталей, в том числе и в Кузбассе. Кузбасские эвакогоспитали сыграли большую роль в лечении и возвращении в строй советских солдат.

Ключевые слова: эвакогоспитали, медицинское обеспечение, Великая Отечественная война, медицина в Кузбассе, Вторая Мировая война.

Abstract: during the Great Patriotic War, a network of evacuation hospitals was created on the territory of the entire USSR, including in Kuzbass. Kuzbass evacuation hospitals played a big role in the treatment and return to service of Soviet soldiers.

Keywords: evacuation hospitals, medical support, Great Patriotic War, medicine in Kuzbass, World War II.

Война выигрывается не только на поле боя превосходством техники, героизмом солдат и гениальностью командования, но и тыловым обеспечением фронта. Одной из важнейших частей такого обеспечения является медицинское

обеспечение армии. В ходе боевых действий появляется огромное количество раненых солдат, которым требуется медицинская помощь, а основной задачей системы здравоохранения становится обеспечение своевременного восстановления здоровья солдат и возвращение их на фронт для дальнейших сражений. Большую роль в этом играют эвакуационные госпитали (эвакогоспитали), располагающиеся в тылу.

Цель исследования – изучить историю создания сети эвакогоспиталей в Кемеровской области в годы Великой Отечественной войны и их роль в медицинском обеспечении военнослужащих СССР.

Материалы и методы исследования

Настоящее исследование проведено с помощью анализа литературных данных и интернет - ресурсов, посвященных истории Кузбасса в годы Великой Отечественной войны.

Результаты и их обсуждение

Ранним утром 22.06.1941 произошло вероломное нападение нацистской Германии на Советский Союз, началась Великая Отечественная война. Она стала суровым испытанием для советской системы здравоохранения. Одной из первоочередных задач, ставших перед системой здравоохранения стало создание системы эвакуационных госпиталей (эвакогоспитали) в глубоком тылу, где можно было проводить эффективное лечение и восстановление раненых солдат. Кузбасс и Кемеровская область (выделенная из состава Новосибирской области в отдельную область 26.01.1943 года) обеспечивала страну углём и металлом, около 50 тысяч советских танков были произведены из кузбасского металла. На территории нашей области было размещено 71 промышленное предприятие эвакуированное из оккупированной Германией Европейской части СССР. Более 300 тысяч кузбассовцев героически сражались на фронтах Великой Отечественной войны [2, 3]. Но не только этими заслугами перед Родиной стал прославлен Кузбасс. На его территории уже в самом начале войны началось создание сети эвакогоспиталей, которые спасли жизни и возвратили в строй множество советских солдат.

Первые госпитали в регионе были открыты уже в конце июня 1941 года, практически сразу после нападения Германии. Именно в начальный период Великой Отечественной войны в различных населённых пунктах Кузбасса было открыто 22 госпиталей согласно мобилизационному плану Сибирского военного округа. [1, 2, 3] Так в Кемерово были открыты госпитали № 1230, 1242, 1243, 2344, 2395; в Ленинске-Кузнецком госпитали № 497 и 1244; в Мариинске госпиталь № 1401, в Сталинске (Новокузнецке) госпитали № 1247, 2488, 1241; в Прокопьевске госпитали № 1250, 2491, 3623; в Тайге госпиталь № 1400; в посёлке Барзас госпиталь № 2598, в Белово госпиталь № 3619, в Анжеро-Судженске госпитали № 1245, 1246, 2487, 2498 [3].

Госпитали размещались не только на базе больниц и других учреждений системы здравоохранения, под них также выделялись здания школ, домов

культуры, техникумов и училищ, общежитий и гостиниц, жилых домов. Главным требованием было наличие в здании водопровода, отопления, канализации, электричества а также пищеблока.

В ходе развёртывания госпиталей власти региона столкнулись со следующими проблемами: малое время, выделенное на открытие госпиталей; нехватка дополнительного медицинского персонала и денежных средств в бюджете. Все они были решены в кратчайшие сроки в первую очередь благодаря командно-административному устройству советского государственного аппарата. Так жёсткий стиль руководства способствовал открытию госпиталей в срок, гражданских медиков мобилизовали и переучивали, повышали квалификацию на специальных курсах переподготовки медицинского персонала, а переоборудование зданий и содержание госпиталей было поручено местным хозяйственным организациям [3, 4].

В середине июля 1941 года были открыта сеть профсоюзных госпиталей под эгидой Всесоюзного центрального совета профессиональных союзов (ВЦСПС). По плану коечный фонд таких госпиталей должен был составить 40 тысяч коек по всему СССР из них 3000 в Кузбассе. В Кузбассе было открыто 5 таких госпиталей. В Анжеро-Судженске № 2487; в Сталинске (Новокузнецке) № 2489, 4092; в Прокопьевске № 4095; в Гурьевске № 4097. Именно в госпиталях ВЦСПС проводилось восстановление раненых солдат, так как эти госпитали создавались на базе санаториев. Они располагали пляжами, вод и грязелечебницами. После прохождения восстановительно терапии в таких госпиталях до 90% солдат возвращались в строй.

Помимо предприятий промышленности в Кемеровскую область были эвакуированы и госпитали с территорий, попавших под оккупацию противником. В основном это были госпитали, располагавшиеся в Украине (УССР), в первую очередь из Харьковского военного округа.

Выводы

Всего за период с 1941 по 1943 год в Кемеровской области было открыто 72 госпиталя, из них 22 под эгидой Сибирского военного округа, 5 Всесоюзным центральным советом профессиональных союзов и 45 госпиталей эвакуировано из УССР. Сформированная крупная сеть госпиталей позволила эффективно обеспечить лечение и восстановление после ранений советских военнослужащих, внося весомый вклад в общую победу над немецким нацизмом.

Источники и литература / Sources and references

1. Акименко Г.В. Формирование сети эвакуационных госпиталей Кемеровской области в 1941-1943 гг. / Г.В. Акименко // Электронный научный журнал «Дневник науки». 2023. №3. URL: <http://dnevniknauki.ru/images/publications/2023/3/history/Akimenko.pdf> (дата обращения 05.03.2023).

2. Козубовский Н.Я. Чтобы жил боец дорогой / Н.Я. Козубовский, Орельская З.А. // Кемерово и кемеровчане в годы Великой Отечественной войны: сб. науч. тр. Кемерово, 1990. С. 24-29.
3. Орлова Е.А. Формирование сети эвакуационных госпиталей в Кузбассе во время Великой Отечественной войны / Е.А. Орлова // Исторический курьер. 2020. №3. С. 69-76.
4. Орлова Е.А. Применение новых методов лечения в эвакуогоспиталях Кузбасса в годы Великой Отечественной войны / Е.А. Орлова // Известия АлтГУ. 2007. №4-2. С. 110-113.

САМАРСКИЙ И. Е.

**МЕРОПРИЯТИЯ ПО САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОМУ
ПРОСВЕЩЕНИЮ НАСЕЛЕНИЯ В СИБИРИ В 1920-1930-Е ГОДЫ**

Кафедра микробиологии и вирусологии

Кемеровского государственного медицинского университета г. Кемерово

SAMARSKII I. E.

**EVENTS ON SANITARY AND HYGIENIC EDUCATION OF THE
POPULATION IN SIBERIA IN THE 1920-1930S**

Department of Microbiology and Virology

Kemerovo State Medical University

Аннотация: в 1920-1930 годы Советское правительство проводило комплекс мероприятий по санитарно-гигиеническому просвещению населения страны, что являлось частью мер по профилактике инфекционных болезней.

Ключевые слова: СССР, Эпидпросвет, большевики, эпидемии, санитарная служба.

Abstract: in 1920-1930, the Soviet government carried out a set of measures for sanitary and hygienic education of the country's population, which was part of the measures to prevent infectious diseases.

Keywords: USSR, Epidemiological enlightenment, Bolsheviks, epidemics, sanitary service.

Множество изменений в жизнь России принесла Великая Октябрьская Социалистическая революция 1917 года. Одним из таких изменений стала политика советского правительства направленная на борьбу с распространением инфекционных заболеваний в стране. Важным этапом этой борьбы стало просвещение широких масс населения о важности соблюдения санитарно-гигиенических правил, повышение общей осведомлённости о методах и важности профилактики инфекционных заболеваний.

Цель исследования – изучение истории политики советской власти по санитарно-гигиеническому просвещению населения Сибири в 1920-1930-е годы.

Материалы и методы исследования

Настоящее исследование проведено с помощью анализа литературных данных и интернет - ресурсов, посвященных истории России, СССР и медицины в этих странах.

Результаты и их обсуждение

Правительство большевиков, пришедшее к власти в 1917 году после Великой Октябрьской Социалистической революции, столкнулось с рядом проблем, доставшихся ему от Российской Империи. Одной из самых существенных проблем было слабое развитие системы здравоохранения и постоянные вспышки и эпидемии инфекционных заболеваний. Проблему распространения инфекционных заболеваний обострило начало Первой Мировой войны в 1914 году, а затем и Гражданской войны в России в 1918 году. Перед войной на 10000 человек в Российской Империи приходилось 1,3 врача, 1,7 фельдшера и 12,6 больничных коек. Смертность в Российской Империи была одной из наибольших в Европе и в 1914 году на 1000 человек приходилось 26,7 умерших. На 10000 человек в 1913 году приходилось 216,6 случаев малярии, 34,4 случая дифтерии, 31,4 случая дизентерии, 26,6 случаев брюшного тифа и 7,3 случаев сыпного тифа. В годы Первой Мировой войны и последующей Гражданской войны распространение получили такие инфекционные заболевания как оспа, дизентерия, холера, сыпной и брюшной тиф. В годы Гражданской войны 6,5 миллионов человек переболело сыпным тифом, 3,2 миллионов человек возвратным тифом, с апреля 1918 по ноябрь 1918 года 35619 человек переболело холерой. Советскую Россию не обошла стороной и пандемия «испанского» гриппа («испанки»). С 1918 года по весну 1919 около 1 миллиона человек болело «испанским» гриппом [3, 4].

В Сибири ситуация с распространением инфекционных заболеваний стояла остро. Так по сравнению с 1913 годом заболеваемость сыпным тифом увеличилась в 3,7 раз, возвратным тифом в 8 раз, малярией в 4,9 раза. Опыт борьбы с инфекционными заболеваниями в стране говорил о том, что профилактика является лучшим методом борьбы с распространением болезней. Именно на профилактические мероприятия были брошены значительные силы [3, 4]. Одной из форм профилактических мероприятий стало санитарно-гигиеническое просвещение широких масс населения, которое велось советским правительством по всей стране, в том числе и в Сибири.

В первую очередь начали создаваться дома санитарного просвещения (ДСП). К 1926 году в Сибири было 3 таких учреждения: Томске, Красноярске, Барнауле. Правительство требовало создание таких ДСП в каждом районе. Задачей ДСП было: разработка планов санитарно-просветительской работы, координация работы медицинских организаций региона по санитарному просвещению, организация семинаров и лекций для медицинских работников.

Инструктора, работавшие в ДСП, проводили лекции по санитарной работе на приписанных к ним предприятиях и учреждениях. В месяц проводили до 100 лекций. Так в 1925 году в Красноярске было прочитано 241 лекция на которых совокупно присутствовало 22007 слушателей. Изначально санитарно-гигиеническое просвещение проводилось преимущественно в городах, но с 1927 года оно массово стало проводится в сельской местности, что можно связать с началом политики коллективизации [1, 2]. Так в Канском округе в 1927 году было прочитано 688 лекций для 46554 слушателей. Важная роль отводилась пропаганде массовой вакцинации. К примеру, в селе Больше-Жилкино Усольской волости в 1925 году удалось ликвидировать вспышку брюшного тифа за счёт грамотной агитации врачей с помощью чтения лекций, докладов, выпуска стенгазеты и театральной постановки о пользе прививания. В тоже время в 1897 году в этом же селе умерло несколько сотен человек из-за того, что крестьяне отказывались ставить прививки и врачи ничего не могли с этим сделать [2].

На местах работу по санитарному просвещению вели участковые врачи и средний медицинский персонал. Они проводили собрания в сельских клубах и школах, где читали лекции в научно-популярном стиле, проводили вечера вопросов-ответов и показов фильмов.

Для обеспечения санитарно-гигиенического просвещения выпускались листовки, пособия и учебные фильмы, что позволяло проводить эффективную пропаганду. Создавались специализированные библиотечки, в которых была собрана вся необходимая научная и научно-популярная медицинская литература, учебные пособия и агитационные материалы. Такие библиотечки отправляли в населённые пункты. Например, в 1938 году в колхозы Красноярского края было направлено 62 библиотечки в составе 25 книг, 4050 брошюр, 648 плакатов, 7090 листовок. Такие библиотечки как правило были передвижными. Передвижные библиотеки занимались просвещением не только широких масс населения, но и медицинских работников на местах [2].

Велика была роль СМИ в пропаганде здорового образа жизни. Так иркутское радио транслировало лекции о туберкулёзе, чуме, проказе, трихомониазе, алкоголизме. Лекции читали прославленные врачи Х.-Б.Г. Ходосом и Ф.Л. Юдалевич. Такие же материалы печатались в газетах [2].

К санитарно-гигиеническому просвещению привлекались и специализированные туберкулёзные, и венерологические диспансеры, и малярийные станции.

На собраниях в избах-читальнях и местных советах медицинские работники агитировали жителей села на создание кружков санпросвета и санитарных троек. Задачей кружков и санитарных троек было санитарно-гигиеническое просвещение населения и контроль за санитарным состоянием населённого пункта. В Сибирском медицинском журнале в 1931 году предлагалась программа для кружков, которая включала изучение информации по следующим темам: анатомия и физиология человека, микробиология,

туберкулёз, сыпной и брюшной тиф, сифилис, гонорея, гигиена человека, алкоголизм, физкультура и первая помощь [2].

Правительство постоянно увеличивало финансирование мероприятий санитарно-гигиенического просвещения, с 1927 года по 1933 год по данным Красноярского крайздрава расходы на здравоохранение увеличились в 2,5 раза, а на санпросвет в 12,5 раза. Такое увеличение финансирования говорит о том, что советское правительство видел в санитарном просвещении большую перспективу и пользу [2].

Выводы

За короткое время с 1917 по 1930-е годы советскому правительству удалось ликвидировать вспышки и эпидемии большинства инфекционных заболеваний, которые терзали до этого население Российской Империи. Существенно улучшилась и эпидемиологическая ситуация в Сибири. В первую очередь эти успехи были достигнуты за счёт грамотного санитарно-гигиенического просвещения широких масс населения.

Источники и литература / Sources and references

1. Орлова И.В. Деревня 1920-х гг.: Инструменты социальной политики / И.В. Орлова // Вузовская наука – региону: Материалы VI Всероссийской научно-технической конференции. – Вологда: ВоГТУ, 2008. - Т.1. – С. 464.
2. Самарский И.Е. Роль советского правительства в борьбе с эпидемиями и снижении заболеваемости в 1918-1930-е годы / И.Е. Самарский // История медицины в Сибири: материалы I Международной научно-практической конференции, посвященной 65-летию Кемеровского государственного медицинского университета. 2020. С. 51-56
3. Самарский И.Е. Роль правительства в развитии системы здравоохранения и борьбе с эпидемиями в России в 1918-1930-е годы / И.Е. Самарский // Социальные коммуникации: философские, политические, культурно-исторические измерения. сборник статей I Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Кемеровский государственный университет. Кемерово, 2020. С. 186-191.
4. Шаламов В.А. Санитарное просвещение Сибири в 1920-1930-е годы / В.А. Шаламов // БМЖ. 2013. №2. С. 120-122.

СОРОКИНА С. Э.

МЕРТВОРОЖДАЕМОСТЬ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ (ИТОГ 20-ЛЕТНЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СИСТЕМЫ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ)

СООО "Мелисса-Мед", ООО "ПраксисМед", г. Минск, Республика Беларусь

SOROKINA S. E.

STATUS OF STILLBIRTH IN THE REPUBLIC OF BELARUS

Материалы IV Международной научно-практической конференции
«История медицины в Сибири». Кемерово, 2023

**(THE RESULT OF 20 YEARS OF ACTIVITY
OF THE OBSTETRICS SYSTEM)***JLLC «MELISSA-MED», LLC «PRAXIS MED», Minsk, Republic of Belarus*

Аннотация: в работе произведен анализ динамики изменения показателей мертворождаемости, антенатальной и интранатальной смертности на протяжении 20 лет в Республике Беларусь.

Ключевые слова: мертворождаемость, антенатальная смертность, интранатальная смертность.

Abstract: the paper analyzes the dynamics of changes in stillbirth rates, antenatal, intranatal mortality over a period of 20 years in the Republic of Belarus.

Keywords: antenatal mortality, intranatal mortality, stillbirth.

Цель исследования - оценить мертворождаемость и динамику ее изменения в Республике Беларусь за последние 20 лет.

Материалы и методы исследования

Анализ произведен по формам государственной статистической отчетности Республики Беларусь "Отчет о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам", утвержденной Постановлением Национального статистического комитета Республики Беларусь 15.11.2011 № 309. Показатели, рассчитанные по данным родовспомогательных учреждений, будут отличаться от данных национальной статистики по территории (за счет исключения граждан иностранных государств, рожавших в организациях Беларуси, и включения граждан Беларуси, рожавших в других странах и регистрировавших рождение ребенка в органах ЗАГС Республики Беларусь). Расчет показателей мертворождаемости, антенатальной и интранатальной смертности произведен по общепринятым методикам [1, 4].

Результаты и их обсуждение

На протяжении 20-летнего периода в Республике Беларусь отмечалось изменение числа рождений. Так, с 2001 по 2006 год число рожденных детей практически не изменилось (разница 3,7%), к 2011 увеличилось (в сравнении с 2006) на 14%, к 2016 - еще на 8%. К 2021 году в сравнении с 2016 число рожденных детей снизилось на 44%, составив 83,8% к уровню 2001 года. Для страны с низким уровнем рождаемости столь существенное снижение рождаемости представляет серьезную медико-демографическую проблему.

За 20-летний период наблюдения произошло снижение мертворождаемости, как в антенатальном, интранатальном периоде, так и в постнатальном.

Мертворождаемость в Республике Беларусь за 20 лет уменьшилась в 1,76 раза. Антенатальная смертность снизилась в 1,35 раза. Наиболее значимым было снижение интранатальной смертности - в 7,3 раза.

За первое десятилетие изучаемого периода (с 2001 по 2011 гг.) мертворождаемость в Республике Беларусь снизилась в 2,34 раза (с 5,82‰ до 2,48‰). При этом антенатальная смертность уменьшилась в 1,90 раза (с 4,13‰ до 2,18‰), а интранатальная смертность - в 5,6 раза (с 1,68‰ до 0,30‰).

За второе десятилетие (с 2011 по 2021 гг.) мертворождаемость не только не имела тенденции к снижению, но и увеличилась. Показатель мертворождаемости за этот период возрос в 1,32 раза. Произошло это за счет роста антенатальной смертности в 1,41 раза. Интранатальная смертность при этом уменьшилась в 1,3 раза.

Оценка изменения показателей по пятилетним периодам наблюдения

В период с 2001 по 2006 гг. достигнуто значительное снижение числа мертворождений. Антенатальная смертность уменьшилась в 1,15%, интранатальная - в 1,33 %, обеспечив снижение мертворождаемости в 1,19 раза. Наиболее выраженное снижение всех показателей мертворождаемости произошло в период с 2006 по 2011 годы. За этот период показатель мертворождений уменьшился в 2 раза, антенатальная смертность - в 1,65 раза, а интранатальная - в 4,2 раза. Безусловно, это связано с активным внедрением в этот период новых технологий диагностики, профилактики и лечения в акушерстве [2-6].

В период 2011-2016 гг. мертворождаемость не изменилась, при этом антенатальная смертность достоверно не изменилась (рост на 4%), а интранатальная смертность снизилась в 1,4 раза.

В период с 2016 по 2021 гг. произошло существенное увеличение частоты мертворождений (на треть, в 1,33 раза) за счет антенатальной смертности (в 1,35 раза. Показатель интранатальной смертности достоверно не изменился, за счет роста антенатальной смертности возросла и перинатальная смертность в 1,22 раза.

Учитывая существенный рост антенатальной смертности в 2016-2021 гг., мы провели анализ ежегодных показателей антенатальной смертности плодов с 2016 по 2021 годы. Антенатальная смертность в Республике Беларусь за этот период росла постоянно, увеличившись в 2017 г. на 7,6%, в 2019 - на 28,1%, в 2020 г. - на 5,1%, в 2021 - на 6,1% по отношению к итогам предыдущего года. Таким образом, связать повышение антенатальной смертности с пандемией ковид-инфекции не удалось. Вероятно, имеются другие факторы повышения дородовой смертности плодов, которые нам пока выявить не удалось.

Доля интранатальной смертности в структуре мертворождений составляла в 2001 году 28,9%, в 2006 г.- 25,9%, в 2011 году - 12,1%, в 2016 году - 8,9%, в 2021 году - 7,0%, уменьшившись за 20 лет в 4 раза. Объективными причинами, позволившими достичь такой низкой смертности плодов в родах, было улучшение тактики ведения родов за счет совершенствования методов наблюдения и своевременной диагностики внутриматочной гипоксии плода в период родовой деятельности. В Беларуси за последние 20 лет был внедрен

кардиотокографический мониторинг в родах, а также есть возможность эхоскопического и доплерометрического обследования женщин с угрозой гипоксии плода.

Основной причиной мертворождаемости, антенатальной и интранатальной смертности на протяжении последних десятилетий является внутриматочная гипоксия и асфиксия плода (шифр P.20 по МКБ-X) [2, 4]. В 2021 году она составила 93,4% в структуре мертворождаемости, 94,2% в структуре антенатальной и 83,3% в структуре интранатальной смертности. На втором месте - врожденные аномалии (Q.00-Q.99). Их роль в структуре мертворождаемости, антенатальной и интранатальной смертности соответственно 3,5%, 2,9% и 11,1%. Остальные причины составляют единичные случаи в масштабах Республики Беларусь. Таким образом, профилактика гипоксии плода и плацентарной недостаточности как основной ее причины - важнейшее направление снижения мертворождаемости и антенатальной смертности.

Выводы

1. В Республике Беларусь произошло снижение количества родившихся детей на 16%, а за последние 10 лет - на 44%. Это связано как с "демографическим провалом" конца 80-х и 90-х годов, так и с наличием других медицинских социальных факторов

2. Уровень мертворождаемости, антенатальной и интранатальной смертности существенно снизился за последние 20 лет.

3. На протяжении 20 лет наиболее существенно снизился показатель интранатальной смертности - в 7 раз. Снижение показателя наиболее быстрыми темпами шло до 2016 года, затем он стабилизировался на достигнутом низком уровне. При этом доля интранатальной смертности в мертворождаемости снизилась более, чем в 4 раза: с 28,9% до 7,0%.

Причинами, позволившими достичь такой низкой смертности плодов в родах, было улучшение тактики ведения родов за счет совершенствования методов наблюдения и свревременной диагностики внутриматочной гипоксии плода. В Беларуси за последние 20 лет был внедрен кардиотокографический мониторинг в родах, а также есть возможность эхоскопического и доплерометрического обследования женщин с угрозой гипоксии плода.

3. Антенатальная смертность значительными темпами снижалась с 2001 по 2011 годы, уменьшившись при этом в 1,9 раза.

Причинами, позволившими столь значительно уменьшить антенатальную смертность, является совершенствование дородовой диагностики: как диагностики врожденных аномалий развития плода с принятием решения о дальнейшем ведении беременной, так и диагностик5а состояния плода и пренатальное прогнозирование с помощью эхоскопии, кардиотокографии и доплерометрии, совершенствование методик лечения фетоплацентарной недостаточности.

В период с 2011 по 2016 годы показатель антенатальной смертности стабилизировался на низком уровне, что свидетельствует о достижении уровня, соответствующего данному этапу развития медицинских технологий ведения беременности.

4. В период с 2016 по 2021 годы произошло увеличение антенатальной смертности на треть, приведшее к увеличению и перинатальных потерь. Данное увеличение происходило на протяжении последнего пятилетнего периода непрерывно и не связано с пандемией ковид-инфекции. Это является тревожным сигналом и требует дальнейшего изучения для определения организационных мер по снижению данного показателя.

5. Основной причиной мертворождаемости и всех ее составляющих была внутриматочная гипоксия и асфиксия плода. В 2021 году она составила 93,4% в структуре мертворождаемости, 94,2% в структуре антенатальной и 83,3% в структуре интранатальной смертности. Профилактика гипоксии плода и плацентарной недостаточности как основной ее причины - важнейшее направление снижения мертворождаемости и антенатальной смертности.

Источники и литература / Sources and references

1. Лисицин Ю. П. Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения. Казань: Изд-во Казанского медуниверситета, 1998. 480 с.
2. Сорокина С. Э. Внутриматочная гипоксия плода. Москва: Директ-Медиа, 2012. 90 с. Доступно по: URL:<http://www.biblioclub.ru/book/87304/> Ссылка активна на 12.02.2023
3. Сорокина С. Э. Возможность прогнозирования перинатального исхода по данным ультразвукового исследования фето- и маточно-плацентарного комплекса // Ультразвуковая и функциональная диагностика. 2004. N 2. С.59-66.
4. Сорокина С. Э. Перинатальная смертность: основные причины и возможности ее снижения. Москва: Директ-Медиа, 2012. 434 с.
5. Сорокина С. Э. Роды во втором триместре беременности. Москва: Директ-Медиа, 2012. 124 с.
6. Сорокина С. Э. Ценность клинических методов обследования в прогнозировании внутриутробного инфицирования плода // Акушерство и гинекология. 2003. N 5. С.50-53.

СОРОКИНА С.Э.

СОСТОЯНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ (ИТОГ 20-ЛЕТНЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СИСТЕМЫ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ)

СООО "Мелисса-Мед", ООО "ПраксисМед", г. Минск, Республика Беларусь

SOROKINA S. E.

**STATUS OF PERINATAL MORTALITY IN THE REPUBLIC OF BELARUS
(THE RESULT OF 20 YEARS OF ACTIVITY
OF THE OBSTETRICS SYSTEM)**

JLLC «Melissa-Med», LLC «Praxis Med», Minsk, Republic of Belarus

Аннотация: в работе произведен анализ динамики изменения показателей мертворождаемости, антенатальной, интранатальной, ранней неонатальной, неонатальной и перинатальной смертности на протяжении 20 лет в Республике Беларусь.

Ключевые слова: перинатальная смертность, неонатальная смертность, мертворождаемость.

Abstract: the paper analyzes the dynamics of changes in stillbirth rates, antenatal, intranatal, early neonatal, neonatal and perinatal mortality over a period of 20 years in the Republic of Belarus.

Keywords: perinatal mortality, neonatal mortality, stillbirth.

Цель исследования - оценить перинатальные потери и динамику их изменения в Республике Беларусь за последние 20 лет.

Материалы и методы исследования

Анализ произведен по формам государственной статистической отчетности Республики Беларусь "Отчет о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам", утвержденной Постановлением Национального статистического комитета Республики Беларусь 15.11.2011 № 309. Показатели, рассчитанные по данной родовспомогательных учреждений, будут отличаться от данных национальной статистики по территории (за счет исключения граждан иностранных государств, рожавших в организациях Беларуси, и включения граждан Беларуси, рожавших в других странах и регистрировавших рождение ребенка в органах ЗАГС Республики Беларусь).

Расчет показателей мертворождаемости, антенатальной и интранатальной смертности, ранней неонатальной, неонатальной и перинатальной смертности произведен по общепринятым методикам [1, 4]. Неонатальная смертность не относится к показателям смертности в перинатальный период, однако она характеризует отсроченную раннюю неонатальную, в связи с чем мы посчитали нужным оценивать и этот показатель.

Результаты и обсуждение

На протяжении 20-летнего периода в Республике Беларусь отмечалось изменение числа рождений. Так, с 2001 по 2006 год число рожденных детей практически не изменилось (разница 3,7%), к 2011 увеличилось (в сравнении с 2006) на 14%, к 2016 - еще на 8%. К 2021 году в сравнении с 2016 число рожденных детей снизилось на 44% , составив 83,8% к уровню 2001 года. Для

страны с низким уровнем рождаемости столь существенное снижение рождаемости представляет серьезную медико-демографическую проблему.

За 20-летний период наблюдения произошло снижение всех показателей перинатальной смертности, как в антенатальном, интранатальном периоде, так и в постнатальном.

Так, мертворождаемость с 2001 по 2011 годы снизилась в 2,34 раза (с 5,82‰ до 2,48‰), при этом антенатальная смертность - в 1,89 раза (с 4,13 ‰ до 2,18‰), интранатальная смертность - в 5,6 раза (с 1,68‰ до 0,30‰).

Ранняя неонатальная смертность уменьшилась в 3,8 раза (с 3,80‰ до 0,998‰), а неонатальная - в 2,8 раза (с 4,16 до 1,47‰).

Перинатальная смертность на протяжении этого периода снизилась в 2,3 раза (с 8,01‰ до 3,49‰).

В период с 2001 по 2006 гг. достигнуто значительное снижение перинатальных потерь. Так, мертворождаемость снизилась в 1,21 раза, антенатальная смертность - в 1,15%, интранатальная - в 1,33 %, ранняя неонатальная - в 1,61, неонатальная - в 1,36 раза и перинатальная - в 1,34 раза.

Наиболее выраженное снижение всех показателей произошло в период с 2006 по 2011 годы: мертворождения - в 2 раза, антенатальная смертность - в 1,65 раза, а интранатальная - в 4,2 раза. Ранняя неонатальная смертность уменьшилась за это пятилетие в 2,4 раза, а неонатальная - в 2,1 раза.

Безусловно, это связано с активным внедрением в этот период новых технологий диагностики, профилактики и лечения как в акушерстве, так и в неонатологии [2-7].

В период 2011-2016 гг. перинатальная смертность практически стабилизировалась на достигнутом низком уровне (снижение 0,02‰ не является достоверным). Мертворождаемость не изменилась, при этом интранатальная смертность снизилась в 1,4 раза. Снизилась и ранняя неонатальная смертность в 1,15 раза, при этом неонатальная смертность осталась на прежнем уровне.

В период с 2016 по 2021 гг. произошло существенное увеличение мертворождений (на треть, в 1,33 раза) за счет антенатальной смертности (в 1,35 раза. Показатель интранатальной смертности не изменился, а ранняя неонатальная смертность имела тенденцию к дальнейшему снижению (в 1,09 раза), при этом общая неонатальная смертность практически не изменилась.

За счет роста антенатальной смертности возросла и перинатальная в 1,22 раза.

Общие потери в антенатальный, интранатальный и неонатальный (0-28 суток) период составили 10,71‰ в 2001 г., 7,92‰ в 2006 г., 3,96‰ в 2011 г., 3,97‰ в 2016 г. и 4,72‰ в 2021 году.

Выводы

1. В Республике Беларусь произошло снижение количества родившихся детей на 16%, а за последние 10 лет - на 44%. Это связано как с "демографическим

провалом" конца 80-х и 90-х годов, так и с наличием других медицинских социальных факторов

2. Уровень всех показателей - мертворождаемости, антенатальной и интранатальной, ранней неонатальной и неонатальной, перинатальной смертности- существенно снизился за последние 20 лет.
3. Наиболее выраженное снижение показателей перинатальных потерь произошло в период до 2011 года, когда в деятельность организаций здравоохранения активно внедрялись технологии диагностики и лечения в акушерстве и неонатологии [2-7].
4. Относительная стабилизация показателей перинатальных потерь в акушерстве свидетельствовало о достижении стабильного низкого уровня мертворождаемости и перинатальных потерь для имеющихся в стране технологий. При этом продолжалось некоторое снижение показателей ранней неонатальной смертности при сохранении показателя неонатальной примерно на одном уровне.
5. В период с 2016 по 2020 годы произошло увеличение антенатальной смертности на треть, приведшее к увеличению и перинатальных потерь. Это является тревожным сигналом и требует дальнейшего изучения для определения организационных мер по снижению данного показателя.

Источники и литература / Sources and references

1. Лисицин Ю.П. Социальная гигиена (медицина)и организация здравоохранения.- Казань: Изд-во Казанского медуниверситета, 1998. 480 с.
2. Сорокина С. Э. Внутриматочная гипоксия плода. Москва: Директ-Медиа, 2012. 90 с. Доступно по: URL:<http://www.biblioclub.ru/book/87304/> Ссылка активна на 12.02.2023.
3. Сорокина С. Э. Возможность прогнозирования перинатального исхода по данным ультразвукового исследования фето- и маточно-плацентарного комплекса // Ультразвуковая и функциональная диагностика. 2004. N 2. С.59-66.
4. Сорокина С. Э. Перинатальная смертность: основные причины и возможности ее снижения. Москва: Директ-Медиа, 2012. 434 с.
5. Сорокина С. Э. Респираторный дистресс-синдром новорожденных: возможности и перспективы перинатальной и интранатальной профилактики в Республике Беларусь // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2003.N 3. С.17-22.
6. Сорокина С. Э. Роды во втором триместре беременности. Москва: Директ-Медиа, 2012. 124 с.
7. Сорокина С. Э. Ценность клинических методов обследования в прогнозировании внутриутробного инфицирования плода// Акушерство и гинекология. 2003. N 5. С.50-53.

СТРЕКАЛОВСКАЯ М. Ю.

**АКТИВНОСТЬ ПРЕВЕНТИВНЫХ И ИММУННЫХ РЕАКЦИЙ В
ФОРМИРОВАНИИ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ ЗАЩИТЫ**

*Федеральное государственное бюджетное учреждение науки
Федеральный исследовательский центр комплексного изучения Арктики
им. академика Н.П. Лавёрова
Уральского отделения Российской академии наук
Институт физиологии природных адаптаций, г. Архангельск*

STREKALOVSKAYA M. YU.

**THE ACTIVITY OF PREVENTIVE AND IMMUNE REACTIONS IN THE
FORMATION OF ANTITUMOR PROTECTION**

*Academician N. P. Laverov Federal Research Center for the Integrated Study, Arctic
of the Ural Branch of the Russian Academy of Sciences
Institute of Physiology of Natural Adaptations, Arkhangelsk*

Аннотация: противоопухолевая защита осуществляется механизмами, характерными для противоинфекционного иммунитета, клетками, участвующими в превентивных реакциях. Нейтрофильные лейкоциты, являясь антигенреактивными, осуществляют индикацию антигенов опухоли и антителозависимую цитотоксичность. Натуральные киллеры обеспечивают разрушение опухолевой клетки перфоринами и нарушением целостности клеточной оболочки. Цитотоксические лимфоциты, обуславливают лизис опухолевых клеток при контактном взаимодействии с участием лимфотоксинов; не исключается при этом и антителозависимый лизис. Известны сведения, об участии иммунокомпетентных цитотоксических лимфоцитов в реакциях лизиса онкоцитов [2, 4, 9]. Макрофаги обнаруживают опухолевые антигены, обеспечивают экзоцитоз и фагоцитоз, а также утилизацию клеток, разрушенных другими эффекторами.

Однако, результативность противоопухолевого иммунитета низкая и в большинстве случаев фактически неэффективна. Неэффективность механизмов противоопухолевой защиты врожденного иммунитета может иметь несколько причин. До деструкции новообразование фактически не содержит ничего чужого и не замечается натуральными киллерами и фагоцитами [5, 6, 8]. Поскольку иммунные реакции осуществляются физиологическими реакциями защиты и клетками, осуществляющими фактически все защитные реакции, представляет интерес изучить частоту отклонений уровней выраженности превентивных и иммунных реакций при злокачественных новообразованиях.

Ключевые слова: превентивные реакции, противоопухолевая защита, цитокиновая реакция, интерлейкины, натуральные киллеры.

Abstract: antitumor protection is carried out by mechanisms characteristic of anti-infectious immunity, cells involved in preventive reactions. Neutrophilic leukocytes, being antigen-reactive, carry out the indication of tumor antigens and antibody-dependent cytotoxicity. Natural killers ensure the destruction of the tumor cell by perforations and violation of the integrity of the cell membrane. Cytotoxic lymphocytes cause lysis of tumor cells during contact interaction with the participation of lymphotoxins; antibody-dependent lysis is not excluded. Previously known information about the participation of immunocompetent cytotoxic lymphocytes in oncocyte lysis reactions [2, 4, 9]. Macrophages detect tumor antigens, provide exocytosis and phagocytosis, as well as the utilization of cells destroyed by other effectors.

However, the effectiveness of antitumor immunity is low and in most cases is actually ineffective. The ineffectiveness of the mechanisms of antitumor protection of innate immunity may have several reasons. Before destruction, the neoplasm actually does not contain anything alien and is not noticed by natural killers and phagocytes [5, 6, 8]. Since immune reactions are carried out by physiological defense reactions and cells that carry out virtually all protective reactions, it is of interest to study the frequency of deviations in the severity levels of preventive and immune reactions in malignant neoplasms.

Keywords: preventive reactions, antitumor protection, cytokine reaction, interleukins, natural killers.

Цель исследования – установить уровни активности превентивных и иммунных реакций в формировании противоопухолевой защиты.

Материалы и методы исследования

Проведен анализ иммунологического обследования 87 человек, имеющих злокачественные новообразования толстого кишечника, обратившихся в медицинскую компанию «Биокор» (г. Архангельск). Все исследования проводили с согласия волонтеров и в соответствии с требованиями документа «Хельсинская декларация Всемирной медицинской ассоциации. Этические принципы поведения медицинских исследований с участием человека в качестве субъекта» (1964 г. с изменением и дополнением от 2013 г.).

Проведено исследование периферической венозной крови. Количество и соотношение клеток подсчитывали в мазках крови, окрашенных по методу Романовского–Гимзе, изучены цитограмма и фагоцитарная активность нейтрофильных гранулоцитов. Фагоцитарную активность нейтрофилов определяли с помощью тест-набора «Реакомплекс» (Россия). Методом иммуноферментного анализа (ИФА) в сыворотке крови изучали содержание иммуноглобулинов (IgM, IgG), IL-1 β , IL-4, IL-6, IL-13 диагностическими наборами производства «BIOSOURCE» (США), анти-ТПО, анти О-стрептолизина, кортизола, адреналина, норадреналина, дофамина, TNF- α

(Bender MedSystems, Австрия), анти-dsDNA, анти-RNP, IgE на анализаторах «Multiscan MC» (Финляндия) и «Evolis» (США). Концентрацию циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) определяли стандартным методом преципитации с использованием 3,5; 4,0; 7,5 % ПЭГ-6000 в сыворотке крови. Реакцию оценивали на автоматическом иммуноферментном анализаторе «Evolis» фирмы «Bio-RAD» (Германия). Определяли на лимфоцитах экспрессию маркеров Т-хелперных клеток, цитотоксических Т-лимфоцитов и натуральных киллеров методом непрямой иммунопероксидазной реакции и проточной цитометрии («Epics XL», США). Результаты исследования обработаны с применением пакета прикладных программ «Statistica 6.0» (StatSoft, США). Использовали критерий Шапиро-Уилка для проверки статистической гипотезы разности значений. Корреляционный анализ параметров проводили с учетом ранговой корреляции по Спирмену. Критическим уровнем значимости при проверке статистических гипотез принимали $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

В составе гемограммы регистрировали нейтрофильный лейкоцитоз в $11,49 \pm 0,17\%$, лимфоцитоз в $1,15 \pm 0,06\%$, эозинофилию в $4,60 \pm 0,02\%$ и моноцитоз в $2,30 \pm 0,03\%$ случаев. Наиболее значимые реакции со стороны нейтрофильных лейкоцитов можно объяснить тем, что нейтрофилы наиболее рано реагируют на изменения в области неблагополучия и составляют основную массу циркулирующих и мигрирующих лейкоцитов. При наличии нейтрофильного лейкоцитоза, активность фагоцитов была относительно низкая ($47,79 \pm 0,54\%$), а повышенных уровней активности фактически не наблюдали.

При относительно низком уровне реакции лимфоидных клеток концентрация натуральных киллеров (CD3-CD16+CD56+) составила $0,30 \pm 0,02 \times 10^9$ кл/л; натуральные киллеры тимического происхождения (CD3+CD16+CD56+) составили в среднем $0,38 \pm 0,01 \times 10^9$ кл/л. Незначительно выше были концентрации цитотоксических Т-лимфоцитов ($0,41 \pm 0,01 \times 10^9$ кл/л) с частотой реакций повышенных уровней в 58,62%. Таким образом, у 58,62% случаев установлены повышенные концентрации Т-цитотоксических лимфоцитов (CD3+CD8+) и фактически эта реакция была единственно значимой в осуществлении противоопухолевой защиты. Представляет интерес тот факт, что даже при самом неблагоприятном исходе содержание Т-цитотоксических лимфоцитов (CD3+CD8+) всегда остается очень высоким [1, 3, 10].

Кроме клеточно-опосредованной цитотоксичности Т-клеток существенно выражены были антителозависимые реакции. Концентрация Т-хелперов в среднем составила $0,49 \pm 0,01 \times 10^9$ кл/л, повышенных концентраций не установлено. Дефицит Т-хелперов наблюдали в 12,64% случаев. Обращает на себя внимание относительно высокий уровень повышенных концентраций антител к ДНК, РНК и антифосфолипидов IgM и IgG (31,25%, 22,73%, 5,56% и 16,67% соответственно). Известно, что аутоантителообразование в повышенном уровне формируется при увеличенных концентрациях соответствующих

аутоантигенов в крови и межклеточном пространстве. По всей вероятности, этот процесс имеет несколько большее значение при данном виде патологии, поскольку не так редко выявляется повышение антител к антигенам, не имеющим отношения к данной патологии. Повышение концентрации антител к тиреоидной пероксидазе составляет 11,76% и О-стрептолизину составляет 34,78%. Преимущественное развитие антителозависимых реакций объясняет чрезвычайно высокий уровень частоты регистрации циркулирующих иммунных комплексов с IgG в составе (97,44%) при средних концентрациях $3,68 \pm 0,14$ г/л.

Цитокиновая реакция, обеспечивающая более высокие уровни превентивных и иммунных реакций, проявляется выявлением повышенных концентраций интерлейкинов в плазме, что обеспечивает их системное влияние. Концентрации в крови IL-1 β были повышены в 24,56%, а повышенные концентрации TNF- α установлены в 1,47% случаев. Частота регистрации повышенных концентраций IL-4, IL-6 и IL-13 установлена в 9,38%, 16,90%, 4,08% случаев соответственно. IL-1 β инициирует активизацию лейкоцитов с повышенной экспрессией генов рецептором, активность трансдукции IL-1 β инициируется TNF- α . Создается впечатление, что в этих условиях отмечается полная реализация эффекта IL-1 β обследованных лиц с реакцией цитокинов (IL-1 β , TNF- α). Известно, что IL-10 является естественным иммунодепрессантом, обеспечивает шеддинг рецепторных структур клетки, снижает экспрессию генов, активизирующих функциональную их активность. Появление повышенных концентраций IL-10 у лиц с реакцией провоспалительных цитокинов, по всей вероятности, является неблагоприятным фактором, способствующим торможению защитных реакций. В связи с реакциями иммунодепрессии, следует отметить относительно высокие концентрации кортизола в крови ($397,16 \pm 48,68$ ммоль/мл). Повышение уровня кортизола наблюдается в 4,76% случаев. В пользу наличия иммунодепрессивных реакций при данной патологии свидетельствуют также высокие концентрации дофамина ($131,81 \pm 7,32$ пг/мл), что характерно для 58,44% случаев. Известно, что почти 90% дофамина крови имеет кишечное происхождение и обеспечивает снижение активности моторики кишечника, процессов всасывания с увеличением секреции слизи, что проявляется, как правило, увеличением в сыворотке крови данных белков в виде онкомаркеров [7]. Реакция со стороны других катехоламинов относительно низкая; среднее содержание норадреналина составляет $394,75 \pm 18,78$ пг/мл, адреналина- $61,66 \pm 2,70$ пг/мл, повышенные концентрации регистрировали редко (4,76% и 2,78% соответственно).

Выводы

1. При раке толстого кишечника III-IV стадии в 58,62% развивается реакция клеточно-опосредованной цитотоксичности Т-лимфоцитов повышенного уровня.
2. Повышенные реакции натуральных киллеров тимического и нетимического происхождения развиваются в единичных случаях.

3. Реакции цитокинового профиля ограничиваются инициацией IL-1 β и сопровождаются иммунодепрессивными эффектами IL-10, кортизола и дофамина.
4. Онкопатология толстого кишечника сопровождается активизацией аутоантителообразования.

Источники и литература / Sources and references

1. CD3+ and CD8+ tumor-infiltrating lymphocytes (TILs) as markers of improved prognosis in high-grade serous ovarian cancer / R. M. Kahn, C. Matrai, A. S. Quinn [et al.] – DOI: 10.1016/j.ygyno.2019.04.162 // Gynecologic Oncology. – 2019. – Vol. 154, Supp. 1. P. 68.
2. CD4 + CD25 + regulatory T cells in tumor immunity / X. Chen, Y. Du, X.-Q. Lin [et al.] – DOI: 10.1016/j.intimp.2016.03.009 // International Immunopharmacology. – 2016. – Vol. 34, Is. 2 B. – P. 244-249.
3. CD4(+) T cells regulate pulmonary metastasis of mammary carcinomas by enhancing protumor properties of macrophages / D. G. De Nardo, J. B. Barreto, P. Andreu [et al.] – DOI: 10.1016/j.ccr.2009.06.018 // Cancer Cell. – 2019. – Vol. 16, Is. 2. – P. 91-102.
4. Chen D. S. Elements of cancer immunity and the cancer-immune set point // Nature // D. S. Chen, I. Mellman – DOI: 10.1038/nature21349. – 2017. – Vol. 541, Is. 7637. – P. 321-330.
5. Endothelial cells express NKG2D ligands and desensitize antitumor NK responses / T. W. Thompson, A.B., Kim, P.-J. J. Li [et al.] – DOI: 10.7554/eLife.30881 // Elife. – 2017. – Vol. 6. – Art. e30881.
6. Judge S.J. Characterizing the dysfunctional NK cell: assessing the clinical relevance of exhaustion, anergy and senescence / S. J. Judge, W .J. Murphy, R. J. Canter. – DOI: 10.3389/fcimb.2020.0004 // Front Cell Infect Microbiol. – 2020. – Vol. 10. – Art. 49.
7. Peripheral Dopamine Controlled by Gut Microbes Inhibits Invariant Natural Killer T Cell-Mediated Hepatitis / R. Xue, H. Zhang, J. Pan [et al.] // Front. Immunol. – 2018. – № 9. – P. 2398.
8. Phagocytic function of peripheral monocytes and neutrophils in ovarian cancer / Kovács A.R., Póka R., Szücs S. [et al.] – DOI: 10.1016/j.ejogrb.2018.08.198 // European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. – 2019. – Vol. 234. – P. e21-e22.
9. Regulatory T cells suppress tumor-specific CD8 T cell cytotoxicity through TGF-beta signals in vivo / M.-L. Chen, M. J. Pittet, L. Gorelik [et al.] – DOI: 10.1073/pnas.0408197102 // Natl. Acad. Sci. U S A. – 2005. – Vol. 102, Is. 2. – P. 419-424.
10. Tumour infiltrating lymphocytes in early breast cancer: High levels of CD3, CD8 cells and Immunoscore® are associated with pathological CR and time to progression in patients undergoing neo-adjuvant chemotherapy / B. L. Rapoport, J.

Galon, S. Nayler [et al.] DOI: 10.1016/j.annonc.2020.08.1290 // Annals of Oncology. – 2020. – Vol. 31, Supp. 4. – P. S1112.

ТАРХАНОВА Ю. А., ЗВЯГИН С. П.

**ОДИН ИЗ ЭЛЕМЕНТОВ КОРПОРАТИВНОЙ КУЛЬТУРЫ В КемГМУ
(НА ПРИМЕРЕ ДИНАСТИИ ЛАХМОТЬКО - ТЁ)**

Кафедра истории

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово

TARKHANOVA YU. A., ZVYAGIN S. P.

**ONE OF THE ELEMENTS OF CORPORATE CULTURE AT Kemsu (ON
THE EXAMPLE OF THE LAKHMOTKO - TE DYNASTY)**

Department of History

Kemerovo State Medical University, Kemerovo

Аннотация: в статье предпринята попытка на конкретном примере двух врачебных династий проследить влияние корпоративной культуры в рамках КемГМУ на повышения привлекательности учёбы в КемГМУ и формирования кадрового состава учреждений здравоохранения области.

Ключевые слова: корпоративная культура, династии, Барбараш, Лахмотько, Тё, КемГМУ.

Abstract: the article attempts to trace the influence of corporate culture within KemSMU on increasing the attractiveness of studying at KemSMU and the formation of the personnel of healthcare institutions in the region using a specific example of two medical dynasties.

Keywords: corporate culture, dynasties, Barbarash, Lakhmotko, Those, KemGMA.

Цель исследования: изучить многолетнюю службу династий Лахмотко – Тё на ниве здравоохранения Кемеровской области. Определить роль КГМИ и семейный опыт в становлении нескольких поколений врачей.

Материалы и методы

Использованы материалы из фондов Музея истории и научной библиотеки КемГМУ, научная и научно-методическая литература. Были привлечены методы сравнения, анализа и синтеза, проблемно-хронологический.

Результаты исследования

Сейчас в нашей стране, в силу ряда причин, приходится реализовывать свои национальные интересы в сложных внешнеполитических условиях. В этой ситуации следует учитывать многие обстоятельства. На наш взгляд, среди прочего надо делать ставку на конкурентно способные качества всего того, что мы делаем. Это касается и высшего образования, в том числе медицинского. В

этом деле нет мелочей. Как мы считаем, этому может помочь и повышение нашей корпоративной культуры.

Д. Демин так определил её содержание: это нормы и образцы поведения, определяющие деятельность всех сотрудников компании и отношения между ними. Коротко это можно описать словами: «У нас так принято». Зачастую эти правила не отражены в документах. Однако, через короткое время новый сотрудник по разному «считывает» негласные нормы и действует в соответствии с ними [4, С. 21].

В свою очередь, кандидат экономических наук Н. Матющенко насчитала 10 элементов корпоративной культуры. Нас заинтересовал один из них: поведенческие стереотипы, т. е. соблюдаемые традиции и обычаи. Любое научное исследование предполагает ограничения. В нашем случае – это обучение детей и других родственников в тех вузах, в которых учились старшие [10].

Можно задаться вопросом: «Кому и зачем нужна корпоративная культура?». Специалисты выделили семь функций этой культуры. Наше внимание привлекла одна из них – имиджевая. С её помощью можно сформировать положительный образ учреждения в глазах потенциальных клиентов [10]. Учёба родственников в одном и том же вузе повышает его привлекательность. Одному из авторов уже доводилось высказываться по этой теме: [1, С. 188-196; 3, С. 73-79; 6, С. 7-11].

Ключевой вопрос данной публикации – это наличие информации. У одного из авторов есть опыт, когда его слушатели, в том числе ветераны, говорили о том, что их семья ничем не примечательна и у них нет каких-либо важных материалов, никто из их близких не был «героем».

Это не верно. Здесь можно вспомнить про пазлы. В этом досуговом занятии важен любой фрагмент. Без него не складывается общая картина. Так и в истории страны – важна любая информации о своём роде. Тем более, что по разным причинам, в нашей стране очень многое утрачено и исторической памяти. Надо сохранять память о своей семье [2, С. 121; 9, 40 с.].

Нам удалось получить определённое представление о двух медицинских династиях, представители которых получили профессиональное образование в нашем вузе [5, 272 с.; 7, 8]. Речь идёт о семьях Лахмотко и Тё. Данная таблица даёт представление об этих специалистах.

Номер поколения	Номер по порядку	Номер отца / матери	Сведения о человеке
1	1	-	Лахмотко Семён Емельянович, сельский фельдшер. В 1932 г. с женой Надеждой Акимовной приехали в Кемерово и были направлены для работы в сельскую амбулаторию.

РАЗДЕЛ II. «ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ В СИБИРИ»

2	2	1	Сын Лахмотко Андрей Семенович – работник строительного управления Кемеровского городского отдела здравоохранения. Жена - Лахмотко Мария Алексеевна была медицинской сестрой. В годы Великой Отечественной войны и послевоенное время руководила Кемеровским домом ребенка.
3	3	2	Внук Лахмотко С. Е. – Лахмотко Александр Андреевич. Его жена – Герасимова Галина Ивановна. Она – из первого выпуска стоматологического факультета КГМИ в 1963 г. В 1989 - 2019 гг. работала главным врачом Кемеровской областной клинической стоматологической поликлиники, была главным стоматологом Кемеровской области, 8 лет возглавляла Стоматологическую ассоциацию Кузбасса. Она – заслуженный стоматолог России, Заслуженный врач Российской Федерации.
3	4	-	Внучка Лахмотко С. Е. – Киселева Вера Алексеевна окончила Кемеровское медицинское училище в 1963 г., работала зубным врачом. Её дочь - Малина Оксана Борисовна, выпускница КГМИ 1991 г. – врач-терапевт.
4	5	-	Правнучка Лахмотко С. Е. – Ковязина Валерия Эдуардовна закончила КГМИ в 1985 г. и стала провизором.
4	6	-	Правнучка Лахмотко С. Е. – Шапошникова Татьяна Алексеевна выпускница КГМИ 1990 г. – врач-стоматолог. Её муж Шапошников Александр Никифорович окончил КГМИ в 1985 г., стал врачом-анестезиологом-реаниматологом.
4	7	3	Правнук Лахмотко С. Е. – Лахмотко Александр Александрович в 1995 г. окончил Московской государственный медицинской университет имени И. М. Сеченова, кандидат медицинских наук, работает врачом-урологом. Жена Сафронова Александра Станиславовна, она – врач-кардиолог.
4	8	3	Правнучка Лахмотко С. Е. – Тё (Лахмотко) Елена Александровна в 1985 г. закончила стоматологический факультет КГМИ. Е. А. Тё заслуженный врач Российской Федерации, доктор

			<p>медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии КемГМУ.</p> <p>Её муж - Тё Игорь Анатольевич закончил стоматологический факультет КГМИ в 1985 г., заслуженный врач Российской Федерации, доктор медицинских наук, врач-стоматолог-ортопед.</p>
5	9	4	<p>Праправнучка Лахмотко С. Е. – Тё Софья Игорьевна в 2005 г окончила стоматологический факультет КемГМА, стала стоматологом-ортодонтом.</p>

Выводы

За почти семь десятилетий своей истории КемГМУ подготовил тысячи высококвалифицированных специалистов, обладающих конкурентно способными качествами. Своей добросовестной работой они укрепили репутацию высокую вуза не только в Кемеровской области. Появление множества династий врачей, получивших образование у нас, доказывает привлекательность нашего университета на образовательном пространстве России.

Источники и литература / Sources and references

1. Башкиров Е. С., Звягин С. П. Врачебная династия Барбараш // История медицины в Сибири: мат. II-й Междунар. научно-практ. конф., 17-18 марта 2021 года. Кемерово / пред. ред. колл. Т. В. Попонникова. – Кемерово: КемГМУ, 2021. С. 188-196.
2. Беловинский Л. В. Генеалогическое древо // Иллюстрированный энциклопедический историко-бытовой словарь русского народа. XVIII - начало XIX в. / под ред. Н. Ерёмной. М.: Эксмо, 2007. С. 121. 784 с.
3. Гурин Б. А., Звягин С. П., Колесников В. И. Выпускница КемГМУ Е. В. Малышева: пора ученичества // Общественные и гуманитарные науки: междисциплинарный диалог: материалы III Международной научно-практической конференции (Кемерово, 29 июня 2021 г.) / отв. ред. В. В. Шиллер, С. П. Звягин, З. В. Боровикова, А. В. Палин, Е. В. Бадаев. – Кемерово: КемГМУ, 2021. – 211 с. с. 73-79.
4. Демин Д. Корпоративная культура: 10 самых распространенных заблуждений М.: Альпина Паблишер, 2021. 144 с.
5. Заведующие кафедрами и профессора Кемеровской государственной медицинской академии (1955 – 2005 гг.): биогр. справочник / сост. А. П. Михайлуц, Н. В. Подолужина. Кемерово: ИД «Медицина и просвещение», 2005. 272 с.
6. Звягин С. П. А. Л. Каганов: врач, учёный, педагог // История медицины в

Сибири: мат. II-й Междунар. научно-практ. конф., 17-18 марта 2021 года. Кемерово / пред. ред. колл. Т. В. Попонникова. Кемерово: КемГМУ, 2021. С. 7-11.

7. Музей КемГМУ.

8. Научная библиотека КемГМУ.

9. Онучин А. Н. Твое родословное древо: практ. пособие по составлению родословной. Пермь: Издательство Ассоциации генеалогов-любителей, 1992. 40 с.

10. Доступно по: <https://skillbox.ru/media/management/dresskoda-nedostatochno-chto-takoe-korporativnaya-kultura-i-nuzhna-li-ona-vashey-kompanii/> Ссылка активна 15.02.23.

ШАПКИНА Е. В.

**ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ АДМИНИСТРАТИВНО-ХОЗЯЙСТВЕННОЙ
ЧАСТИ КЕМГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ**

*Кафедра философии и культурологии Кемеровского государственного
медицинского университета, г. Кемерово*

SHAPKINA E. V.

**HISTORY OF ADMINISTRATIVE AND ECONOMIC DEVELOPMENT
PARTS OF KEMSMU OF THE MINISTRY OF HEALTH OF RUSSIA**

*Department of Philosophy and Cultural Studies
Kemerovo State Medical University, Kemerovo*

Аннотация: в статье представлена история развития административно-хозяйственной части КемГМУ Минздрава России: открытие учебных корпусов и общежитий в период с 1956 по 2022 год. Приведены воспоминания преподавателей и выпускников вуза.

Ключевые слова: КемГМУ, вуз, медицина, Кузбасс, история.

Abstract: the article presents the history of the development of the administrative and economic part of KemSMU of the Ministry of Health of Russia: the opening of academic buildings and dormitories in the period from 1956 to 2022. The memoirs of teachers and graduates of the university are given.

Keywords: KemSMU, university, medicine, Kuzbass, history.

Создание Кемеровского государственного медицинского института тесным образом связано со становлением Кузбасса как крупнейшего индустриального региона страны. С развитием промышленности, ростом численности населения и расширением сети медико-санитарных учреждений в Кузбассе в послевоенные годы возникла острая потребность увеличения врачебных кадров.

С учетом этого, советское правительство в ноябре 1955 года по предложению Совета министров РСФСР, приняло постановление об организации в городе Кемерово медицинского института. В приказе министра здравоохранения СССР № 450 от 14 ноября 1955 г. говорится: «В соответствии с распоряжением Совета министров СССР от 2 ноября 1955 г. №7585р и Совета министров РСФСР от 5 ноября 1955 г. № 4703 об организации в 1956 г. в г. Кемерово медицинского института, приказываю: 1. Организовать в 1956 г. в г. Кемерово Кемеровский государственный медицинский институт». Организатором и первым ректором (директором) открывшегося медицинского института стал выпускник Томского медицинского института, ветеран здравоохранения Кузбасса, главный врач Кемеровской областной больницы, заслуженный врач РСФСР Степан Васильевич Беляев. Первым помощником ректора стала Евгения Ивановна Готарь-Замотринская – зам. директора по научно-учебной части и одновременно зав. кафедрой анатомии человека [1, с. 4–10].

Тогда учреждение стало третьим высшим учебным заведением областного центра. В 1995 году Кемеровскому государственному медицинскому институту был присвоен статус академии, а с 2016 года вуз носит современное название – Кемеровский государственный медицинский университет.

Вот что об открытии КГМИ писал его первый ректор (директор) Степан Васильевич Беляев (1955–1960 гг.): «Трудностей в становлении института много. Но они преодолеваются... Ежедневно в институт поступает много заявлений. Они приходят из Сталинграда, Винницы, Одессы, Москвы и других городов нашей страны и Кемеровской области. Институт имеет большие перспективы в дальнейшем своем развитии. Будут строиться главный учебный корпус и общежития на 400 мест. Отпускаются большие средства на оборудование кабинетов и лабораторий, на научно-исследовательскую работу» [5].



Фото 1. Главный корпус института в Кировском районе.

1 сентября 1956 г. к занятиям приступили 250 студентов и 110 кандидатов в студенты единственного тогда лечебного факультета. Через два года в институте был открыт второй – стоматологический факультет.

Для организации работы город Кемерово передал молодому учебному заведению корпус ремесленного училища в Кировском районе по ул. Назарова, 1а. В марте 1956 года Кемеровский государственный медицинский институт был открыт. В этом единственном тогда корпусе были развернуты лекционная аудитория, библиотека и службы административно-хозяйственной части, 8 кафедр с лабораториями и учебными комнатами. Оборудование для кафедр химии, физики, биологии и гистологии министерство здравоохранения РСФСР направило целевым назначением. Соседние медицинские институты Сибири – Томский, Омский, Красноярский и Новосибирский – прислали анатомические препараты, реактивы, методические пособия и учебники. Активное участие в оборудовании кафедр нормальной анатомии, физвоспитания и химии приняли промышленные предприятия города.

По словам Богдана Васильевича Батиевского (с 1976 по 1996 гг. Богдан Васильевич руководил системой здравоохранения города Кемерово. С его именем связана разработка перспективного плана развития здравоохранения областной столицы, который включал строительство 20 медицинских объектов (в их числе поликлиника № 5, детская многопрофильная больница, стоматологические поликлиники, больница в Кировском районе и другие), выпускника 1964 года, корпус строили быстро: «Я хорошо помню «пожарное» строительство лекционного зала (теперь это анатомический корпус), главного административного корпуса. Было начало учебного года, большинство студентов – на сельхозработах, а часть их возводит в Кировском районе главную лестницу входа. В таких же условиях создавались базы клинических кафедр, расположенных в строящихся корпусах областной клинической больницы, больницы Кировского района» [4, с. 27].

В 1956 – 1957 учебном году к этому пока единственному зданию мединститута были пристроены актовый (на 400 мест) и спортивный залы.



Фото 2. Строительство актового и спортивного залов в Кировском районе,

1957 год.

Отдал город вузу и общежитие ремесленного училища – здание, стоявшее по адресу: улица 40 лет Октября, 6. Его построили в конце 1930-х годов. По воспоминаниям выпускницы первого набора студентов (диплом врача получила в 1962 году) Валерии Михайловны Королевой-Мунц: «Открытие студенческого общежития в двух минутах ходьбы от учебного корпуса в Кировском районе вызвало всеобщую радость. Оно было хорошо отремонтировано и оборудовано всем необходимым. Студенты располагались в 2- и 4-местных комнатах. На втором этаже в некоторых комнатах проживали и вновь приезжающие преподаватели. В цокольном помещении были душевые комнаты и помещение для стирки и сушки белья. А на первом этаже расположилась, наконец-то, собственная студенческая столовая». Также, по воспоминаниям первых выпускников КемГМУ (бывш. КГМИ), на средства директорского фонда на столы перед обедом всегда выставлялись бесплатные свежий хлеб, чеснок и горчица.



Фото 3. Корпус на улице 40 лет Октября, 6

Всеволод Васильевич Сырнев, профессор кафедры факультетской терапии, заслуженный врач России, который работал в мединституте с 1959 года писал об этом корпусе: «На первом этаже находилась столовая с кухней, а на втором были административный блок, кабинет ректора. Часть помещений там же отдали приезжим преподавателям, таким, как я. На третьем и четвёртом этажах было общежитие для студентов. Уживались отлично – всего было 250 студентов лечфака. Помню даже, как Новый год вместе встречали, никакого барьера не было, так как разница в возрасте со студентами у нас была не очень большой» [6].

Открывались новые кафедры, росло число преподавателей и студентов,

поэтому в 1959-1961 гг. рядом с первым учебным корпусом было построено типовое здание главного корпуса и виварий. Чтобы ускорить выполнение работы, студенты по группам работали на «субботниках», особенно осенью 1957 года, когда до первых дождей нужно было проложить коммуникации к зданию главного корпуса. В основном студентам доверялась копка траншей (их копали вручную и выкладывали кирпичом), а также уборка строительного мусора.



Фото 4. Студенты (Людмила Возняк, Валерия Королева-Муни, Виктор Саушев) копают траншеи для коммуникаций учебного корпуса в Кировском районе, 1957 год



Фото 5. Морфологический корпус на улице Назарова, когда посаженные осенью 1957 года деревья уже подросли.

В 1961 году было построено общежитие № 2 на проспекте Октябрьском, 16 а. В 1971 году было построено еще одно общежитие № 3, на ул. Набережная 2 б. [2, с. 10].

В 1963 г. образован санитарно-гигиенический, в 1967 г. – педиатрический, а в 1979 г. открылся фармацевтический факультет. Таким образом, к началу 80-х годов Кемеровский государственный медицинский институт стал многопрофильным вузом первой категории, имея пять факультетов,

подготовительное и вечернее отделения.

С годами материально-техническая база института развивалась, вуз рос, учебных площадей было недостаточно и Кемеровский горисполком выделил 19 гектаров земли в Ленинском районе для строительства институтского городка. 31 декабря 1976 года торжественно был сдан в эксплуатацию новый главный корпус (ул. Ворошилова, 22а). В него переехали администрация, библиотека и часть кафедр. Рядом с ним на бульваре Строителей построили два девятиэтажных общежития в (1977 году - № 4, в 1982 – № 1).



Фото 6. Главный корпус на улице Ворошилова, 22а во время реконструкции крыльца.



Фото 7. Главный корпус на улице Ворошилова, 22а. Ленинский район, облагораживание территории.

К 300-летию Кузбасса, в 2021 году к августу завершили обновление фасада главного корпуса КемГМУ (ул. Ворошилова, 22а), здание стало красивее, величественнее.



Фото 8. Обновленный главный корпус на улице Ворошилова, 22а, август 2021 года.

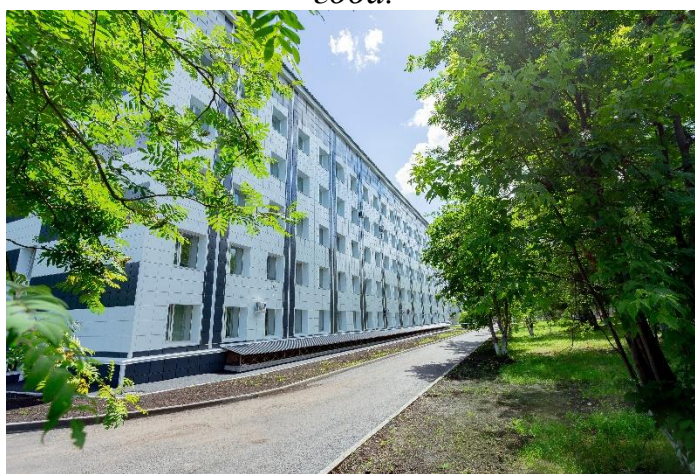


Фото 9. Благоустройство территории рядом с главным корпусом на улице Ворошилова, 22а, август 2021 года.

Обновили фасады общежитий №1 и №4. Было проведено также благоустройство территорий, прилегающих к корпусу и общежитиям, высажено большое количество деревьев.



Фото 10. Общежитие.

В настоящее время медицинский университет включает в себя четыре учебных корпуса и три общежития. Сейчас Кемеровский государственный медицинский университет продолжает свое развитие, уже став одним из крупнейших высших медицинских образовательных учреждений России.

Источники и литература / Sources and references

1. Кемеровская государственная медицинская академия. 60 лет. Кемерово, «АРФпринт», 2015. 252 с.
2. Кемеровская государственная медицинская академия (исторический очерк). Кемерово, 2001. 120 с.
3. Медик Кузбасса, 2020, № 5.
4. Они были первыми – выпускники 1962-1964 годов (к 50-летию КемГМА). / Под. Ред. Н.А. Барбараш и А.В. Сапожкова. Кемерово, 2005. 172 с.
5. «Новый медицинский институт», С. Беляев, директор КемГМИ, заслуженный врач РСФСР // Газета «Кузбасс», 1956 г., 23 октября.
6. «Медакадемия, которую мы запомнили», Катерина Фролова. // Газета Кемерово А42. Доступно по: https://gazeta.a42.ru/lenta/articles/69959_medakademiya-kotoruyu-my-zapomnili Ссылка активна на 10.03.2023).

ШАЧНЕВ Е. В., ШАЧНЕВА В. А.

ХИРУРГ ПАВЕЛ МИХАЙЛОВИЧ ШАЧНЕВ: ЧЕЛОВЕК ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ДОЛГА И ЧЕСТИ

Кафедра истории

Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово
Научный руководитель – канд. ист. наук, доцент А.В. Палин

SHACHNEV E. V., SHACHNEVA V. A.

SURGEON PAVEL MIKHAILOVICH SHACHNEV:

Материалы IV Международной научно-практической конференции
«История медицины в Сибири». Кемерово, 2023

A MAN OF PROFESSIONAL DUTY AND HONOR

Department of history

Kemerovo State Medical University, Kemerovo

Supervisor: PhD in History, Associate Professor A.V. Palin

Аннотация: статья посвящена талантливому кузбасскому врачу Павлу Михайловичу Шачневу, внесшему значительный вклад в развитие здравоохранения Гурьевского района Кемеровской области. Показан его трудовой путь от ученика слесаря-жестящика до видного кузбасского хирурга.

Ключевые слова: врач, хирург, здравоохранение, хирургическое отделение, Гурьевск, Кемеровская область.

Abstract: this article is devoted to a talented Kuzbass doctor Pavel Mikhailovich Shachnev, who made a significant contribution to the development of the health department of Guruevsk region, Kuzbass. We show his labor path from a tinsmith to a famous surgeon Kuzbass.

Keywords: doctor, surgeon, health department, Guryevsk, Kemerovo region.

Цель исследования – рассмотреть историю кузбасского здравоохранения посредством изучения профессиональной деятельности хирурга П. М. Шачнева.

Материалы и методы исследования

В исследовании используются материалы семейного архива, воспоминания о Павле Михайловиче Шачневе его сына врача, хирурга В. П. Шачнева. При подготовке статьи были задействованы научные и научно-популярные издания по истории г. Гурьевска, публикации в периодических изданиях, а также ряд электронных ресурсов.

Результаты и их обсуждение



Павел Михайлович Шачнев родился 19 декабря 1916 г. в городе Чембар Чембарского района Пензенского округа Средневожской области (ныне г. Белинский Пензенская область) [9]. Его родители были крестьянами. Кроме Павла Михайловича в семье воспитывалось еще два сына и дочь. Детство было трудным. С ранних лет он стал помогать родителям по хозяйству. В мае 1932 г. у П. М. Шачнева умирает отец – Михаил Осипович. И его матери Матрене Сергеевне пришлось одной воспитывать, поднимать на ноги четырех детей. Юный Павел Михайлович в разговоре взрослых услышал о Кузнецком крае. А из стихотворения В. В. Маяковского узнал о Кузнецкстрое. Это предопределило его будущую судьбу.

Стоит отметить, что Павел Михайлович очень увлекался поэзией. В 4-х километрах от г. Чембар находилось имение бабушки М. Ю. Лермонтова – Тарханы, а прабабушка Павла даже была когда-то там крепостной. Не удивительно, что М. Ю. Лермонтов стал любимым поэтом Павла Михайловича на всю жизнь [7].

В 1932 г. он вместе со старшим товарищем отправился в город Кемерово (до 1932 г. Щегловск). Тогда ему было всего 15 лет. Однако он считал себя человеком опытным, самостоятельным, как никак 2 года отработал учеником слесаря-жестянщика в механической мастерской и несколько раз ездил на тракторе «Фордзон-Путиловец».

1 октября 1932 г. П. М. Шачнев был принят на Коксохимзавод (г. Кемерово) подручным котельщика, 1 августа 1934 г. переведен котельщиком, а 7 ноября 1936 г. назначен бригадиром котельщиков. При этом он одновременно учился на вечернем рабфаке.

В газете «Коксохимик от 30 марта 1938 г. вышла статья «Бригадир – стахановец» с портретом Павла Михайловича. В ней говорилось, что бригада товарища П. М. Шачнева выполняя задание на 150 – 220% в феврале 1938 г. закончила досрочно изготовление сварного железного моста с опорами, длиной 70 метров. Так простой деревенский парень отличился на строительстве нового коксохимического завода [3].

Вроде живи и радуйся, но «болью» в сердце сидела ранняя смерть отца. Неужели никто не может справиться с такой болезнью, как рак? А если

попробовать самому? [4]. В итоге П. М. Шачнев, после окончания рабфака, в 1939 г. поступил в Томский медицинский институт. Впереди была латынь и анатомия, строгие профессора и ночные бдения над книгами.

Наступило 22 июня 1941 г. Из обращения В. М. Молотова к советским гражданам стало известно о вероломном нападении гитлеровской Германии на Советский Союз. Началась Великая Отечественная война. Тогда еще никто даже не мог предположить сколькими человеческими потерями обернется это война. Томский медицинский институт значительно опустел. Старшие курсы в большинстве своем были призваны в действующую армию, а их второй курс лечебного факультета решили учить дальше. В 1942 г. на их курсе ребят осталось совсем мало: кто правдами и неправдами добился призыва в армию, а Павла Михайловича, как высококлассного специалиста направили на томский завод «Весовщик» [7].

В конце 1943 г. в его жизни произошло судьбоносное событие. Он познакомился со своей будущей супругой – Пелагеей Антоновной Назаровой. Точнее они и раньше были знакомы, но теперь между ними возникло новое чувство, чувство взаимной симпатии и любви. 16 мая 1944 г. они поженились [7].

8 мая 1945 г. в их молодой семье произошло пополнение – родился первенец, сын Николай [7]. В 1946 г., после окончания П. М. Шачневым лечебного факультета Томского медицинского института, молодая семья врачей была направлена на работу в г. Гурьевск. П. М. Шачнев начал свою врачебную деятельность в хирургическом отделении Гурьевской городской больницы в должности ординатора. Общее состояние, в котором находилась медицина в те годы в г. Гурьевске, хорошо показано в адресованном ему письме от супруги, написанном в 1945 г.: «Советы родителей склоняются в сторону того, чтобы мы работали в Гурьевске. Здесь легче встать на ноги в экономике, да и они, чем могут, помогут. Врачей здесь не хватает. Хирурга в больнице нет, режет фельдшер, к нему все боятся идти, ухо-горло нет совсем, невропатолога тоже, глазник – фельдшер, но гинекологов – 2» [7].

В 1949 г. П. М. Шачнев в Казанском институте усовершенствования врачей прошел специализацию по общей хирургии. Это дало ему возможность самостоятельно выполнять функции дежурного хирурга, травматолога и гинеколога. В то время, им были освоены операции при прободной язве желудка, кишечной непроходимости, различных ранениях и повреждениях, а также при острой гинекологической патологии [6].

Особенно тяжелыми в профессиональной деятельности П. М. Шачнева выдались 1950 – 1955 гг. Тогда приходилось нести дежурства по экстренной хирургии, травматологии и гинекологии в единственном числе. Позже П. М. Шачнев вспоминал, что ситуация улучшится только к середине 1960-х гг., когда количество дежурантов увеличилось до 10 врачей. Добавляло ему работы и ответственности заведование хирургическим отделением городской больницы,

которое он возглавил 1950 г. Радостным событием в семье Шачневых стало рождение в 1951 г. второго ребенка – дочери Татьяны [4,5,7].

В 1952 г. Павел Михайлович на протяжении 3-х месяцев проходил подготовку в хирургическом отделении областной больницы, где освоил плановую резекцию желудка. На этой, очередной специализации познакомился и сдружился, как может сдружиться ученик с учителем, с основоположником кузбасской школы хирургов – М. А. Подгорбунским. Это знакомство очень много дало Павлу Михайловичу, буквально окрылило его [1,7].

В целом начало 1950-х гг. можно считать началом большой хирургии в Гурьевской больнице. П. М. Шачнев оперировал много, как по хирургии, так и по травматологии, делал и ортопедические операции. Это было время его величества «скальпеля». Время, когда только оперативным путем можно было избавить больного от недуга. Жители Гурьевска быстро узнали и оценили возможность получить квалифицированную помощь в своем городе [5].

В 1954 г. П. М. Шачнев прошел первую аттестацию и получил третью категорию. В 1956 г. обучался в Москве по циклу травматологии и ортопедии. Освоил методику исправления врожденного и приобретенного косолапия путем редрессации, операции по Зацепину, клиновидном иссечении костной ткани и пересадки сухожилий голени. В отделении стали применяться остеосинтез плоских и трубчатых костей с фиксацией костных отломков лентой кожи, взятой у больного во время операции [2].

В 1956 г. П. М. Шачнев стал делегатом XXVI съезда хирургов СССР [1,7]. С 1959 г., после объединения горздрава и райздрава, выполнял обязанности главного хирурга города и района.

В 1960 г. в семье Шачневых появился третий ребенок, сын Владимир. Он стал продолжателем врачебной династии. Владимир Павлович пришел к выбору профессии не столько через наставления отца, сколько через медицинские книги, художественную литературу и фильмы про врачей. Любимой книгой отца, как вспоминает В. П. Шачнев, была трилогия Ю. П. Германа о судьбе врача – «Дело, которому ты служишь», «Дорогой мой человек», «Я отвечаю за всё» (1958 – 1964). В данном произведении показана судьба врача – человека долга и чести, посвятившего всю свою жизнь медицине. А в памяти его сына В. П. Шачнева отложился фильм по мотиву первой части трилогии – «Дорогой мой человек» (1968), где главную роль врача сыграл А. В. Баталов [7].

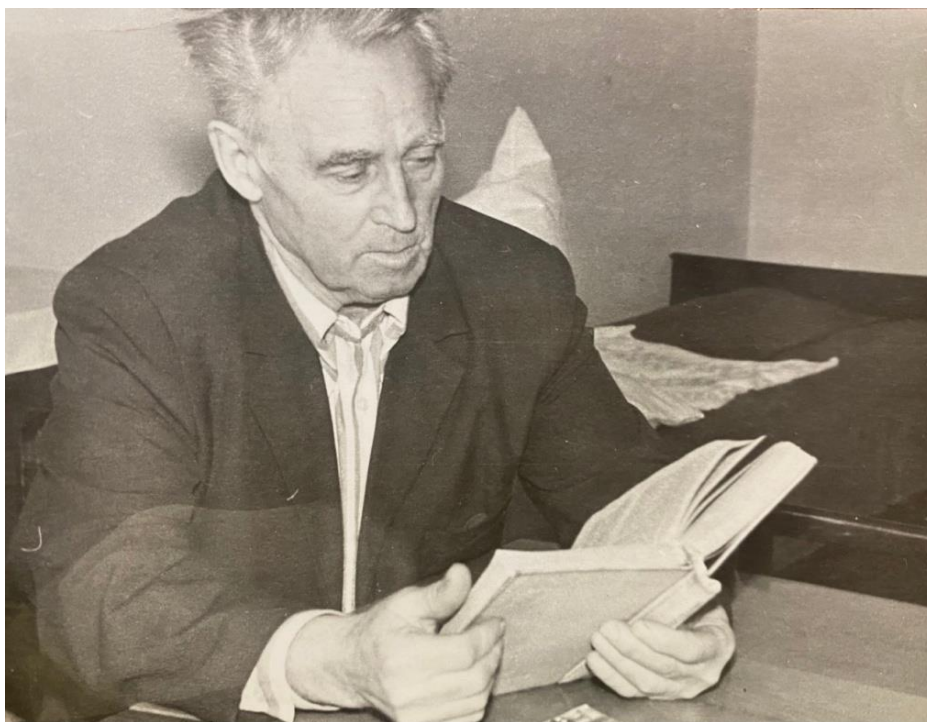
В 1964 г. П. М. Шачнев на протяжении полутора месяцев отработал в грудном отделении областной больницы г. Кемерово. Здесь он расширил свой хирургический опыт. Дважды приходилось оперировать на сердце ножевые ранения левого желудочка. Исход хороший. Больные продолжили жить и трудиться [7]. В 1965 г. в качестве делегата участвовал в работе XXVIII съезда хирургов СССР, который прошел в Москве.



XXVIII съезд хирургов СССР, г. Москва, 1965г. П. М. Шачнев первый ряд, второй слева

В феврале 1966 г. был переведен в онкологический диспансер г. Кемерово, где работал в должности старшего ординатора хирургического отделения [7]. Здесь он пополнил свои знания по вопросам онкологии, расширил круг операций с учетом онкологической тактики. Освоил операции: Ванаха, Крайля, Дюкена, радикальной экстирпации молочной железы, полного удаления желудка, экстирпации прямой кишки. Освоил на практике диагностические манипуляции: ректороманоскопию, эзофагоскопию, бронхоскопию, рентгенографию костной ткани [1,7].

В декабре 1966 г. вернулся в Гурьевскую городскую больницу и продолжил работать заведующим хирургического отделения. За время его работы в Гурьевске хирургическое отделение увеличилось до 80 коек, выделились койки для лор и глазных заболеваний. Кроме того, вновь открылось травматологическое отделение на 40 коек. Тогда же в г. Салаире Гурьевского района на базе хирургического отделения выделилось урологическое отделение на 20 коек. Стали вести приемы детей с хирургическими и онкологическими заболеваниями.



Рабочие будни хирурга П. М. Шачнева

За 23 года работы в г. Гурьевске П. М. Шачнев подготовил 17 врачей хирургов, из которых вышли хорошие специалисты, часть стала заведующими хирургическими отделениями. Вот некоторые из них: М. И. Черепенников (Гурьевск), В. И. Сухотин (Чебоксары), С. В. Севостьянов (Ростов-на-Дону), В. И. Месячко (Приморский край), В. И. Воргузина (Куйбышев), В. Н. Раевник (Балаково), В. К. Мишкевич (Краснодарский край) и другие.



Хирурги М. И. Черепенников, П. М. Шачнев, Н. А. Агасов, В. К. Минкевич. 1952 г.

Долголетний, самоотверженный труд Павла Михайловича был отмечен различными наградами. Неоднократно поощрялся грамотами: Центрального комитета профсоюза медицинских работников, Кемеровского облисполкома, союза медицинских работников, горкома КПСС, горисполкома, горздрав отдела, горкома союза медицинских работников и т.д. [7].

Павел Михайлович оперировал до 1977 г., а трудился в медицине до 1983 г. За годы своей профессиональной деятельности он спас огромное количество людей, возвратил им надежду на полноценную здоровую жизнь.

Врачебная династия семьи Шачневых продолжается и сегодня. Его младший сын В. П. Шачнев работает хирургом [8]. До 2022 г. он был заведующим хирургическим отделением и ведущим специалистом Гурьевского района. Воспитал достойного молодого приемника, которому и передал руководство отделением хирургии [8]. Владимир Павлович очень сожалеет, что ему не пришлось поработать с отцом в операционной ни одного дня. Он пришел работать в Гурьевскую больницу только в 1985 г. В. П. Шачнев признается, что и сейчас во время операций ловит себя на мысли: а как бы это сделал отец? «В наследство мне от него, – смеется Владимир Павлович, – досталась санитарка Анна Ивановна Иванова, в операционной в общей сложности она отработала более 50 лет. В конце операции, перед тем как зашивать операционную рану, обязательно считаются материалы – салфетки, инструменты. Так она всегда ворчала на меня: салфеток полный таз! А Павел Михайлович всего две использовал бы...» [1].

Представителем династий врачей Шачневых является и младшая сноха видного гурьевского хирурга – Наталия Алексеевна. Она, как и ранее П. А. Шачнева, работает в качестве акушера-гинеколога, а также является заведующим гинекологического отделения и ведущим специалистом Гурьевского района [8].

Есть и будущее у династии врачей Шачневых. Сегодня это младший внук П. М. и П. А. Шачневых – Евгений Шачнев и его супруга Виктория Шачнева, обучающиеся на лечебном факультете Кемеровского государственного медицинского университета. Тем самым заложенные врачебной династией Шачневых профессиональные ценности долга, чести, преданности своему делу будут хорошим примером для подражания, мощным стимулом для личностной мотивации подрастающего, нового поколения врачей этой семьи.

Выводы

Биография Павла Михайловича Шачнева показывает нам, что его жизнь неотъемлемо связана с историей становления и развития медицины в Кузбассе, где он проработал всю жизнь. Ему пришлось пережить военную юность, неустроенность быта, сложности работы в условиях острой нехватки врачебных кадров и медицинских учреждений. Его профессиональный путь – это преодоление трудностей, это искреннее желание способствовать усовершенствованию системы здравоохранения и приближению ее к нуждам

людей. Этому была посвящена его жизнь, к этому стремятся его потомки врачи из династии Шачневых.

Источники и литература / Sources and references

1. Беседина Е. Легенда Гурьевской медицины // Знамянка (Газета Гурьевского района Кемеровской области). 2016. 16 дек.
2. Старченко Е. Творческая мастерская хирурга // Знамя Ильича. 1962. 24 фев. С.4.
3. Караваев Бригадир – Стахановец // Коксохимик. 1938. 30 март. С. 6.
4. Стожаров Н. Кем быть? // Гурьевский рабочий. 1951. 20 мая. С. 2.
5. Лазарев В. На благо народа // Гурьевский рабочий. 1952. 24 окт. С. 3.
6. Каркавина К. Страничка из жизни хирурга // Знамя Ильича. 1962. 7 июля. С.3.
7. Личный архив семьи В. П. и Н. А. Шачневых.
8. ГБУЗ «Гурьевская районная больница». Доступно по: <http://www.gurcrb.ru/otdeleniya-i-polikliniki#khirurgicheskoe-otdelenie>. Ссылка активна на 21.01.2023.
9. Чембар, Чембарский район, Белинский (город) // Википедия. Доступно по: wikipedia.org. Ссылка активна на 21.01.2023.

ШМАКОВА О. В.¹, ГОЛОВКО О. В.², ЗАВЬЯЛОВА Г. А.³

ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ – 55 ЛЕТ В ИСТОРИИ УНИВЕРСИТЕТА

*Кафедра педиатрии и неонатологии¹, кафедра медицинской, биологической физики и высшей математики², кафедра иностранных языков³
Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово*

SHMAKOVA O. V., GOLOVKO O. V., ZAVYALOVA G. A.

FACULTY OF PEDIATRICS – 55 YEARS IN THE HISTORY OF THE UNIVERSITY

*Department of Pediatrics and Neonatology¹, Department of Medical and Biological Physics and Higher Mathematics², Department of Foreign Languages³
Kemerovo State Medical University, Kemerovo*

Аннотация: статья посвящена истории становления и развития педиатрического факультета Кемеровского государственного медицинского университета.

Ключевые слова: педиатрический факультет, педиатрия, история.

Abstract: the article is devoted to the history of the formation and development of the pediatric faculty of Kemerovo State Medical University.

Keywords: Faculty of Pediatrics, Pediatrics, history.

Цель исследования – изучить, обобщить и проанализировать основные этапы становления и развития педиатрического факультета Кемеровского государственного медицинского университета.

Материалы и методы исследования

Для достижения поставленных целей в работе применялись общенаучные методы исследования, ретроспективный, а также историко-сравнительный метод.

Результаты и их обсуждение

В этом году исполнилось 55 лет с тех пор, как в нашем регионе начали готовить детских врачей. Педиатрический факультет был открыт в Кемеровском государственном медицинском институте ректором Александром Дмитриевичем Ткачевым в 1967 году и стал четвертым в структуре вуза. Необходимость создания нового факультета была обусловлена социально-экономическими особенностями кузбасского региона с высокоразвитой промышленностью, плохой экологией, высокой детской заболеваемостью и смертностью, недостаточным количеством квалифицированных врачей-педиатров. Первый набор студентов составил 150 человек. Первый выпуск врачей-педиатров в количестве 129 специалистов состоялся в 1973 году.

Деканом, стоящим у истоков педиатрического факультета, был доктор медицинских наук, профессор – Борис Иванович Давыдов, руководивший факультетом до 1972 года. Отличный профессионал своего дела, Борис Иванович не только снискал к себе любовь и уважение у студентов и коллег, но и внес неоценимый вклад в становление и развитие педиатрического факультета.

Следующие 6 лет – с 1972 по 1978 годы деканат возглавлял доцент кафедры детских инфекционных болезней Вениамин Ильич Плотников. Третьим деканом факультета стал доцент, к.м.н., заведующий курсом пропедевтики детских болезней Павел Иванович Сидоренко (1978-1980 гг). С 1980 по 1998 годы, в течение 18 лет факультетом руководил д.м.н., профессор, заведующий кафедрой анатомии человека – Виктор Степанович Овченков. Яркая, незаурядная личность. Наряду с получением высокого образования, особое внимание на факультете он уделял художественно-творческому воспитанию студентов. С 1998 года по 2018 годы во главе деканата педиатрического факультета находилась к.м.н., доцент кафедры поликлинической педиатрии, пропедевтики детских болезней и последипломной подготовки Галина Петровна Торочкина – уникальный педагог, не жалеющий сил и времени на индивидуальную работу со студентами и поиск современных форм обучения. Открытие педиатрического факультета способствовало дальнейшему становлению вуза, появлению профильных кафедр, талантливых специалистов, научных школ. С 1967 года под руководством профессорско-преподавательского состава около 300 выпускников факультета защитили кандидатские и докторские диссертации, год за годом пополняя состав собственными кадрами.

Клинические кафедры создавались на базах ведущих лечебно-профилактических учреждений города Кемерова – областной клинической больницы, 1 городской детской больницы, крупных поликлиник.

В 1969 году Борис Иванович Давыдов возглавил первую педиатрическую кафедру – кафедру пропедевтики детских болезней. Именно во время изучения курса пропедевтики детских болезней в течение многих лет происходила первая встреча студентов нашего факультета со своей будущей профессией – педиатрией. С 1971 года уже под руководством Павла Ивановича Сидоренко она была переименована в кафедру госпитальной педиатрии. Истинный врач-педиатр, прекрасный диагност, знающий и помнящий даже самые редкие болезни и синдромы. Приоритетным направлением научных исследований становятся проблемы новой только зарождавшейся медицинской специальности – неонатологии, и, прежде всего, гнойно-септической патологии у новорожденных детей. В практику были внедрены современные иммунологические методы исследования и лечения неонатального сепсиса.

В 1989 году в соответствии с рекомендациями Минздрава РФ «Об улучшении подготовки специалистов для работы в первичном звене здравоохранения» в результате реорганизации появляются кафедра неонатологии и кафедра поликлинической педиатрии с курсом пропедевтики детских болезней, заведующим которой становится заслуженный врач России, д.м.н., профессор Нина Константиновна Перевощикова, посвятившая много времени и сил становлению и совершенствованию системы поликлинического образования, внедрение здоровьесберегающих технологий.

Заведование кафедрой неонатологии, в последующем переименованной в факультетскую педиатрию и неонатологию, поручили выпускнице Томского медицинского института к.м.н. Любови Викторовне Лыжиной, заложившей основы методики преподавания неонатологии в Кемеровской государственной медицинской академии и уделявшей большое внимание созданию, развитию и повышению уровня работы неонатологической службы Кузбасса. Эту работу с 1996 года возглавила выпускница педиатрического факультета Кемеровского медицинского института, к.м.н., доцент, опытный и высококвалифицированный педагог Ирина Михайловна Сутулина. Основным направлением научных исследований стало изучение состояния здоровья детей, перенесших внутриутробное воздействие психоактивных веществ, разработка путей их лечения и реабилитации.

В 1970 году на базе детского корпуса областной больницы была открыта кафедра факультетской педиатрии, преобразованная в дальнейшем в кафедру госпитальной педиатрии. Ее возглавила выпускница к.м.н., доцент Ольга Ивановна Пучкова, под руководством которой началось становление учебно-методической, воспитательной, лечебной и научной деятельности кафедры. Совершенствование этой работы продолжила с 1982 года заслуженный врач России, профессор, доктор медицинских наук Любовь Михайловна Казакова.

Ученый и Врач с большой буквы! На кафедре были проведены исследования по вопросам гематологии, хроническим гепатитам, эндокринной патологии и т.д. Работы по дефициту железа у детей известны в стране и за рубежом. Проводятся консультативные профессорские обходы больных, клинические конференции, студенческие патологоанатомические конференции. В 2004 году заведующим кафедрой госпитальной педиатрии, а в дальнейшем и объединенным структурным подразделением – кафедрой педиатрии и неонатологии, стал д.м.н., профессор, заслуженный врач России Юрий Иванович Ровда. Он передает свой опыт молодым коллегам, осуществляет подготовку педиатрических кадров в соответствии с современными стандартами качества образования. По его инициативе был организован первый областной детский кардиологический центр. Под руководством Юрия Ивановича расширяется круг научных исследований. Изучаются проблемы иммунодефицитных состояний, артериальной гипертензии, метаболического синдрома, пуриноза у детей. Коллектив кафедры по-прежнему чтит традиции своих предшественников и принимает участие в реформе педагогического процесса в медицинском университете.

В конце 90-х годов под руководством профессора Бориса Ивановича Давыдова в состав педиатрического факультета вошла кафедра детских болезней, преподававшая педиатрию с момента основания медицинского вуза студентам лечебного, медико-профилактического и стоматологического факультетов. В настоящее время кафедру возглавляет д.м.н. Ольга Борисовна Анфиногенова, прекрасный педагог, ученый, врач на протяжении всех лет творческого пути гармонично сочетающая научно-педагогическую работу с руководящей и общественной деятельностью.

В 1972 году на базе областной больницы № 1 была открыта кафедра детских хирургических болезней. Первым ее заведующим стал к.м.н. (впоследствии – д.м.н., профессор) – Виктор Николаевич Семенов. Открытая в 1981 г. многопрофильная детская больница стала новой клинической базой кафедры. В 1988 г. кафедру возглавил доцент Владимир Никитич Каркашин – опытный детский хирург и педагог, более 30 лет – главный внештатный детский хирург и руководитель межобластного центра детской хирургии. В 1995г. его сменил выпускник Кемеровского медицинского института, проректор по учебной работе, заслуженный врач России, профессор Юрий Александрович Атаманов. Под его руководством в клинике был открыт перинатальный центр, как наиболее перспективное направление в развитии перинатологии. С 2021 г. кафедру возглавляет к.м.н., доцент Никита Андреевич Шабалдин, под руководством которого ведется активная научно-исследовательская деятельность по передовым медицинским направлениям. В 2022 году Никита Андреевич стал победителем конкурса на право получения гранта Президента Российской Федерации для государственной поддержки молодых российских ученых с проектом «Механизмы нарушений молекулярной регуляции костного

гомеостаза при манифестации остеодеструкции и возможности их коррекции». Сотрудники кафедры активно взаимодействуют с "Научно-исследовательским институтом комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний" в рамках созданного на базе КемГМУ «Института фундаментальной медицины».

Сегодня деканом факультета является к.м.н., доцент, заведующий кафедрой педиатрии и неонатологии – Ольга Валерьевна Шмакова.

Создание благоприятных условий для развития духовно-нравственных ценностей будущих педиатров является приоритетным направлением педиатрического факультета в настоящее время. Обучающиеся педиатрического факультета являются региональными координаторами Всероссийского общественного движения «Волонтеры-медики» в Кемеровской области – Кузбассе и кураторами таких направлений как «Профориентационная работа со школьниками», «Обучение первой помощи и сопровождение массовых мероприятий», «Санитарно-профилактическое просвещение». Волонтерская деятельность факультета отражается в участии студентов в многочисленных проектах – «Добро в село», «Я ответственный донор», «Онкопатруль» «Рождество для всех и каждого», «Иммунизация» и т.д.

Будущие врачи-педиатры помогают практическому здравоохранению в оказании медицинской помощи населению Кузбасса, ведут информационную, консультативную, просветительскую, досуговую и иную поддержку пациентов, содействуют формированию здорового образа жизни, профилактике возникновения и распространения заболеваний, пропагандируют донорство крови. В период пандемии COVID-19 студенты педиатрического факультета оказывали помощь медицинским организациям [1], а также волонтеры-медики педиатрического факультета участвовали в акции взаимопомощи #МыВместе, которая направлена на поддержку пожилых, маломобильных граждан и медицинских сотрудников [2, 3].

Принцип добровольной деятельности на благо других близок и понятен каждому его участнику. Подтверждением того, что сердца будущих педиатров открыты для добра, любви и милосердия является постоянная работа, прежде всего с теми, с кем им предстоит взаимодействовать в будущем – с детьми. Волонтерская деятельность реализуется в социально-реабилитационном центре «Маленький принц». Подготовка для ребят этих учреждений театрализованных представлений, творческих занятий, игр и развивающих бесед помогает не только подарить им каплю тепла, радости и любви, но и сформировать в самих волонтерах ряд профессиональных качеств, необходимых им в будущем: ответственность, доброжелательность, умение общаться с детьми разного возраста и характера, учитывать их физические и интеллектуальные особенности.

Выводы

Педиатрическому факультету в XXI веке предстоит решать немало сложных задач. Мы с оптимизмом смотрим в будущее, потому что славные

традиции, весомый научный и педагогический потенциал – залог новых достижений и побед.

Источники и литература / Sources and references.

5. Головки О. В., Шмакова О. В., Салтанова Е.В. Готовность студентов медицинского вуза работать в медицинских учреждениях в условиях пандемии коронавирусной инфекции / О.В. Головки, О.В. Шмакова, Е.В. Салтанова // Вестник общественных и гуманитарных наук. 2020. Том №1, №2. С.54-58.
6. Головки О.В., Шмакова О.В., Завьялова Г.А. Значимость волонтерской деятельности студентов-медиков в период пандемии COVID-19 / О.В. Головки, О.В. Шмакова, Г.А. Завьялова // Системный подход в воспитательном процессе: проблемы и инновации в условиях дистанционного обучения. Сборник материалов II Международной научно-практической конференции. 2021. С. 79-85.
7. Головки О.В., Шмакова О.В. Значение волонтерства для студентов медицинского вуза / О.В. Головки, О.В. Шмакова, // Воспитательный процесс в медицинском университете: традиции и инновации. Сборник материалов I международной научно-практической конференции, посвященной 75-летию Победы в Великой Отечественной войне. 2020. С. 71-74.

ФИНК Д.

**ПОДВИГИ С.В. БЕЛЯЕВА
В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ**

Кафедра истории

Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово

Научный руководитель – канд. ист. наук, доцент З.В. Боровикова

FINK D.

**THE FEATS OF S.V. BELYAEV
DURING THE GREAT PATRIOTIC WAR**

Department of History

Kemerovo State Medical University, Kemerovo

Supervisor: PhD in History, Associate Professor Z.V. Borovikova

***Аннотация:** работа посвящена изучению биографии Степана Васильевича Беляева в годы Великой Отечественной войны. Исполняя свой врачебный долг, он спас жизни многих красноармейцев на фронте и военнопленных в фашистском концлагере.*

***Ключевые слова:** С. В. Беляев, история медицины, Кузбасс, Великая Отечественная война, концлагерь, подвиги медиков.*

Abstract: *the work is devoted to the study of the biography of Stepan Vasilievich Belyaev during the Great Patriotic War. Fulfilling his medical duty, he saved the lives of many Red Army soldiers at the front and prisoners of war in a Nazi concentration camp.*

Keywords: *S. V. Belyaev, history of medicine, Kuzbass, the Great Patriotic War, concentration camp, feats of doctors.*

Степан Васильевич Беляев (07.05.1903–16.05.1969) – выдающийся человек, врач-хирург, вклад которого в медицину Кузбасса невозможно переоценить. До войны он был главным врачом Рудничной больницы, после – стоял у истоков областной больницы и Кемеровского государственного медицинского института. Поэтому, говоря об истории медицины в Кузбассе, нельзя не упомянуть об этом необыкновенном человеке. Ни Гражданская война, которую он пережил в детстве, ни Великая Отечественная, которая стала самым суровым испытанием для его поколения, не сломили в нем желание помогать людям и дух патриотизма.

Цель исследования – изучить деятельность Степана Васильевича Беляева в годы Великой Отечественной войны, собрать и систематизировать данные о его вкладе в Великую победу.

Материалы и методы

Были привлечены данные из открытых источников (воспоминания о С. В. Беляеве, материалы, посвященные его деятельности, данные из архива «Память народа»), документы, хранящиеся в музее КемГМУ. В работе использовались историко-сравнительный и общенаучные методы.

Результаты и их обсуждение

Войну Степан Васильевич встретил, находясь на сборах в военном лагере в Юрге. В тот же день его часть отправилась в Томск, где прошли молодые годы, тогда начинающего хирурга Беляева. Теперь он, помимо прочего, начальник операционно-перевязочного взвода и парторг 215-го медсанбата 166-й стрелковой дивизии. Рудничная больница, в которой он служил главврачом, была передана молодому врачу Марии Горбуновой.

215-й медсанбат прибыл в Ельню, где на плечи Беляева сразу легло много работы. Несмотря на большое количество раненных и тяжелые условия работы, вскоре работа была налажена до такой степени, что даже главный хирург Красной Армии Н. Н. Бурденко рекомендовал использовать пример Беляева и его коллег другим медсанбатам.

Красноармейцы, которых оперировал и лечил Беляев, уважали его за чуткость, трудолюбие и знание своего дела. Большая часть операций проведенных им, заканчивалась успешно несмотря на работу при плохом освещении и содрогания воздуха от бомб. «Самой лучшей благодарностью для меня является тот момент, когда люди, над которыми нависла угроза смерти, после моей помощи возвращаются к жизни» – говорил сам хирург [1].

В октябре 1941 года медсанбат Беляева попал в окружение и плен под Вязьмой. Фашисты зверствовали по дороге в пункт назначения. На глазах у Беляева расстреляли безоружного парня, назвавшегося комиссаром.

Пленных погрузили в эшелон, где они три дня находились в нечеловеческих условиях. Вагоны были битком набиты, те, кто мог стоять – стояли, а остальные либо были без сознания, либо уже мертвы. Тяжелораненых расстреляли еще раньше. Три дня они находились без еды и воды, без возможности вдохнуть свежего воздуха. Эшелон остановился на станции «Боровуха-1». Позади военнопленных шли обозные двуколки, в которых другие военнопленные тянули трупы тех, кто умер по дороге или был убит по причине того, что не мог идти. Медики отправились в санчасть лагеря, куда позже приписали Беляева и других врачей и фельдшеров.

Было очевидно, что главной целью фашистов было тем или иным образом истребить военнопленных, которые содержались в страшных условиях: антисанитария, голод и холод. От болезней каждый день в концлагере умирало до 250 человек. Опытный хирург Беляев, выполняя свой врачебный долг, стремился сократить количество смертей, как мог. Он днем и ночью работал в операционной, но главной причиной смертности были инфекционные заболевания, в частности – тиф. Степан Васильевич организовал тифозный барак за территорией лагеря, чтобы болезнь не распространялась так стремительно на изнеможденных от голода и тяжелого климата пленных. Он и сам заразился, болезнь настолько ослабила хирурга, что доктор упал в обморок во время проведения операции. Не позволив себе долго восстанавливаться, после улучшения самочувствия Беляев сразу приступил к работе, хотя на тот момент он весил 46 килограммов. «Раз на своих ногах стоим, значит, еще повоюем...».

Все еще ослабленный после болезни, он принял на себя пост старшего врача-оберартца, так как предыдущий куда-то исчез. Степан Васильевич написал рапорт врачу комендатуры. Тот не поверил в то, что в лагере люди умирают от пневмонии, тифа и дизентерии, обвинив Беляева в невыполнении своих обязанностей. Однако ему удалось добиться того, чтобы в лагере восстановили банно-прачечный комбинат. Шинели военнопленных кишели от вшей, их плохо кормили, но Беляев сумел наладить работу подчиненной ему части лагеря так, что многим военнопленным сохранили жизни. К зиме удалось многое сделать, в частности, начать кипятить воду, витаминизированную хвоей. Смертность снизилась [1].

За время нахождения в лагере, С. В. Беляев сумел завоевать доверие немецкого управления, они прислушивались к его советам по улучшению эпидемиологической обстановки среди военнопленных, потому что сами очень боялись чем-нибудь заразиться. Со временем доктор получил разрешения на выход из лагеря в комендатуру, тифозный барак, аптеку. В деревне он познакомился с другими советскими патриотами, вместе они решили, что врачам пока лучше остаться в лагере, помогать военнопленным и не позволять им

впадать в уныние из-за фашистской пропаганды. Начали распространяться новости о разгроме немцев под Москвой, что поднимало боевой дух заключенных в концлагере.

В декабре с лагеря сняли карантин, и фашисты начали вербовать военнопленных на работы в Германию. Отправляли на работы только здоровых, и Беляев браковал большую часть кандидатов на отправку, диагностируя у них то хроническую дизентерию, то вшей. Этот план немцы могли легко раскрыть, поэтому Степан Васильевич решил написать рапорт о том, что в лагере новая вспышка тифа. Снова ввели карантин и вербовку прекратили. Под видом умерших от тифа, Беляев вывозил из лагеря командиров и политработников. По указанию Степана Васильевича, на умерших продолжали выдавать хлеб, которым кормили ослабленных или давали в дорогу тем, кого вывозили из лагеря. Одним словом, помогал беззащитным военнопленным, как мог.

Партизанке Анне Шанько удалось вытащить Беляева из лагеря под предлогом того, что он врач, а в местечке Борковичи бушует эпидемия тифа, некому работать на немцев. После выхода из лагеря, несмотря на истощение, Беляев работал в амбулатории, помогал людям, делал операции и искал возможности уйти в партизанский отряд. Ему и там удалось заполучить доверие комендатуры для относительно свободного передвижения. Доктор начал проводить в окрестных деревнях мероприятия для уменьшения заболеваемости тифом: рассказывал, как ухаживать за тифозными больными, как предотвратить заражение окружающих.

Затем Беляев и Шадурский, его товарищ из лагеря, который предложил витаминизировать воду хвоей, стали разведчиками отряда «Боевой». В поездках по деревням, врачи собирали сведения о работе полицейских гарнизонов, доставали медикаменты и питание для радиоприемника. По совету товарищей из отряда, они стремились показать комендатуре, что прочно обосновались в Борковичах. Под видом вызова к больным, Степан Васильевич выполнял важные задания от отряда. Используя эпидемиологическую обстановку, связанную с тифом, которого очень боялись немцы, Беляеву удалось отвезти от Борковичей карателей, которые могли бы рассекретить подпольную деятельность. Под видом больных тифом, получилось вывезти из лагеря еще нескольких активистов лагерного подполья.

Наконец врачи получили разрешение уйти в партизанский отряд. Они попали в группу, возглавляемую комиссаром Неклюдовым. В деревнях партизанской группы работы было много, люди нуждались в медицинской помощи, которой у них долго не было.

Затем Беляев попал в группу Горячева, где было множество больных и раненых. Работать приходилось в тяжелых условиях. В августе они получили приказ о переводе хирургов на Большую землю. Так Беляев вновь стал военным врачом [1].

В сентябре 1943 года Степан Васильевич был тяжело контужен и демобилизован. В декабре того же года он стал главным врачом Кемеровской областной клинической больницы и заведующим хирургическим отделением, которая в настоящее время носит его имя. За годы войны Беляев участвовал в трех военных операциях, через него прошло около 2340 больных и 300 раненных, обучил 8 медсестер, за что получил Орден Отечественной войны II степени [2].

Выводы

В памяти белорусских патриотов С. В. Беляев навсегда остался человеком с большим сердцем и душой, которые всегда были открыты для тех, кто нуждался в его помощи, а ведь готовность помогать своим людям в любых условиях, несмотря на препятствия – и есть патриотизм. Сам же Беляев говорил о своих патриотических чувствах так: «Я всегда гордился тем, что я сибиряк, коммунист кузбасской рабочей закалки. Не зря немцы боялись сибиряков – они отличались мужеством и храбростью».

Источники и литература / Sources and references

1. Троицкий Н. Я. Степан Беляев из поколения победителей. М.: Евразия+, 2005. 77 с.
2. Беляев Степан Васильевич // Память народа. Доступно по: https://pamyat-naroda.ru/heroes/podvig-chelovek_nagrazhdenie17236134/?backurl=/heroes/?adv_search=y&last_name=%D0%91%D0%B5%D0%BB%D1%8F%D0%B5%D0%B2&first_name=%D0%A1%D1%82%D0%B5%D0%BF%D0%B0%D0%BD%20&middle_name=%D0%92%D0%B0%D1%81%D0%B8%D0%BB%D1%8C%D0%B5%D0%B2%D0%B8%D1%87&date_birth_from=1903&static_hash=08cee26ebed2c5f222e26ba478eafbf6v2&data_vibitiya_period=on&group=all&types=pamyat_commander:nagrady_nagrad_doc:nagrady_uchet_kartoteka:nagrady_ubilein_kartoteka:pdv_kart_in:pdv_kart_in_inostranec:pamyat_voenkomat:potery_vpp:pamyat_zsp_parts:kld_ran:kld_bolezn:kld_polit:kld_upk:kld_vmf:kld_partizan:potery_doneseniya_o_poterya_h:potery_gospitali:potery_utochenie_potery:potery_spiski_zahoroneny:potery_voennoplen:potery_iskluchenie_iz_spiskov:potery_kartoteki:potery_rvk_extra:potery_iskp_extra:same_doroga&page=1&grouppersons=1&search_view_id=smperson_guk1065219248. Ссылка активна на 13.02.2023.

МАТЕРИАЛЫ
IV Международной научно-практической конференции
«ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ В СИБИРИ»,
посвященной первому ректору КемГМУ
Беляеву Степану Васильевичу

Научное издание
15 марта 2023 года

Редакционная коллегия выпуска:

д.м.н., доцент Д. Ю. Кувшинов; к.ист.н., доцент В. В. Шиллер; к.филол.н., доцент Н. Н. Ростова; к.филол.н., доцент Л. В. Гукина; канд.культ., доцент М. Г. Марьина; к.экон.н., доцент М. В. Соколовский; асс. И. Е. Самарский.

16+

Подписано в печать 10.04.2023 г. Формат 60x84/16. Печать офсетная. Бумага офсетная № 1.

Тираж 500 экз.

Кемеровский государственный медицинский университет
650056, г. Кемерово, ул. Ворошилова, 22 А. Сайт: www.kemsmu.ru