

# История медицины в Сибири

МАТЕРИАЛЫ

II Международной научно-практической конференции

17-18 марта 2021 года



КЕМЕРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
КАФЕДРА ИСТОРИИ



МАТЕРИАЛЫ

II Международной научно-практической конференции

**«ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ В СИБИРИ»**

**17-18 марта 2021 года**

Кемерово

2021

УДК 61(571.1/5)(082)  
ББК 5г  
И 907

*Рецензенты:* доктор политических наук, профессор С. В. Бирюков;  
кандидат исторических наук, доцент А. Н. Старостин

*Редакционная коллегия выпуска:*

д.м.н., профессор Т. В. Попонникова (председатель); д.м.н., доцент Т. В. Пьянзова (заместитель председателя); д.м.н., доцент Д. Ю. Кувшинов (заместитель председателя); к.и.н., доцент В. В. Шиллер; д.и.н., доцент С. П. Звягин; к.и.н. З. В. Боровикова; к.и.н., доцент А. В. Палин; к.и.н., доцент Е. В. Бадаев; А. Ю. Бородкина.

**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. – 223 с.

В сборнике представлены статьи российских и зарубежных исследователей, а также студентов, изучающих 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 978-5-86338-118-3

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>ВМЕСТО ПРЕДИСЛОВИЯ</b>	7
А. Л. Каганов: врач, учёный, педагог	7
<b>РАЗДЕЛ I. «ИСТОРИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНЫ В СИБИРИ. ИСТОЧНИКИ И ИСТОРИОГРАФИЯ ПО ИСТОРИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНЫ»</b>	12
<b>Макарчук С. В.</b> В. Е. Мандельберг: к историографии сибирского этапа общественно-политической деятельности известного врача (конец XIX-первая четверть XX вв.)	12
<b>Палин А. В.</b> Губернские врачебные инспекторы в системе местной власти Сибири (1895 – 1917 гг.)	21
<b>Шаламов В. А.</b> Организация и деятельность Всероссийской лиги борьбы с туберкулезом в Восточной Сибири	28
<b>Грентикова И. Г., Мальцев М. Д.</b> Экономические вопросы становления медицинского страхования в дореволюционной России	33
<b>Шиловский М. В.</b> Медики в составе Временного Сибирского правительства (1918 – 1919 гг.)	37
<b>Шапошников Г. Н.</b> Первый областной съезд Урала по здравоохранению	43
<b>Кокоулин В. Г.</b> Медицина и здравоохранение в Новониколаевске-Новосибирске в годы Новой экономической политики	50
<b>Мингазов И. Ф.</b> Некоторые исторические аспекты борьбы с малярией в Новосибирской области	57
<b>Епанчинцева Т. С.</b> Вклад Виктора Васильевича Бессоненко в развитие системы здравоохранения Сибири	63
<b>Смирнова Е. А.</b> Боевой путь военного фельдшера Георгия Ивановича Шардакова	68
<b>Горелов Ю. П.</b> Некоторые особенности госпитальных захоронений Кузбасса (1941 – 1945 гг.)	72
<b>Помыткина Т. Е., Терехина В. С.</b> Выдающиеся люди Кузбасса: М. Н. Горбунова	78

<b>Сорокина В. А., Лопатин А. А., Селедцов А. М.</b> Становление и развитие психиатрии и наркологии в Кузбассе	82
<b>Альтмаер О. А.</b> Становление и развитие Прокопьевского клинического ортопедо-хирургического центра восстановительного лечения	90
<b>Сунцова М. А.</b> История развития здравоохранения в Прокопьевске в 1957-2011 гг.	95
<b>Звягин С. П., Макарчук Е. В., Макарчук С. В., Ольховиков А. В.</b> Нина Михайловна Шмакова: человек, врач, депутат	100
<b>Парашар Харш</b> Академия Гондишапура	110
<b>РАЗДЕЛ II. «РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНЫ. ПРОБЛЕМЫ, ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ МЕДИЦИНЫ XXI ВЕКА»</b>	114
<b>Шелихов В. Г.</b> Проблемы медицинского обслуживания населения Кузбасса, пострадавшего вследствие длительного воздействия Семипалатинского испытательного ядерного полигона	114
<b>Боровикова З. В., Сизова А. С.</b> Из истории борьбы с бактериальными инфекциями	117
<b>Помыткина Т. Е., Терехина В. С.</b> Уникальная операция под землей, спасшая шахтеру жизнь	127
<b>Боровикова З. В., Прошутинская Ю. И.</b> Некоторые аспекты народной медицины в Якутии	129
<b>Вьюнышева А. О.</b> Культура здорового образа жизни и проблемы ее формирования в молодежной среде	138
<b>Богданова Н. В., Соколович О. А.</b> Влияние аденозиндифосфата и диаденозинтетрафосфата на фибриллообразование молекулы инсулина	142
<b>Казаков Р. В., Сиротина К. А., Шахаб С. Н.</b> Физическая сорбция между молекулой кверцетина и нанотрубкой Al-N (11,11-9)	146
<b>Начева Л. В., Степанова М. Г., Акбаев Р. М.</b> Эволюционная биология для XXI века (в порядке обсуждения проблемы)	150
<b>Селедцов А. М., Кирина Ю. Ю., Акименко Г. В.</b> Психиатрия в XXI	

веке: направления развития и инновации в оказании помощи	157
<b>Соколов И. А.</b> Отдалённые результаты однополюсного эндопротезирования тазобедренного сустава	163
<b>Ханчевский М. А., Лобай М. В., Сыса А. Г., Квасюк Е. И.</b> Цитостатическая активность неларабина	165
<b>Золкин А. Л., Чистяков М. С.</b> Технологическая платформа «Медицина будущего» как концепт развития современного здравоохранения	169
<b>Штагер А. И.</b> Отдаленные результаты менискэктомии в зависимости от возраста и стадии гонартроза	172
<b>Ярошевич Е. А., Чернов А. В., Романова М. М.</b> Проблемы и перспективы физической и медицинской реабилитации в офтальмологии	174
<b>РАЗДЕЛ III. «ИСТОРИЯ КЕМЕРОВСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА. ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ»</b>	178
<b>Дадаева Г. Н., Салтанова Е. В., Головкин О. В., Колесников О. М., Просвирина Е. В.</b> История кафедры медицинской, биологической физики и высшей математики Кемеровского государственного медицинского университета	178
<b>Смердина Л. Н., Смердина Ю. Г.</b> Историко-антропологический центр изучения зубочелюстной системы Кемеровского государственного медицинского университета	184
<b>Башкиров Е. В., Звягин С. П.</b> Врачебная династия Барбараш	188
<b>Гукина Л. В.</b> Из истории создания переводного англо-русского медицинского энциклопедического словаря для врачей, научных работников и студентов медицинских учебных заведений	196
<b>Садыкова Д. О.</b> Использование современных образовательных технологий в медицинском образовании	202
<b>РАЗДЕЛ IV. «МАТЕРИАЛЫ ПЛЕНАРНОГО ЗАСЕДАНИЯ»</b>	206
<b>Звягин С. П.</b> Состояние здравоохранения в Щегловском уезде Томской губернии при антибольшевистских правительствах (1918 – 1919 гг.)	206

<b>Кувшинов Д. Ю. Основные вехи развития научных медицинских направлений в КемГМУ</b>	212
<b>Сведения об авторах</b>	220

---

## ВМЕСТО ПРЕДИСЛОВИЯ

### А. Л. КАГАНОВ: ВРАЧ, УЧЁНЫЙ, ПЕДАГОГ



**Арнольд Львович Каганов** (15 марта 1921 г., Киев, УССР – 13 января 1995 г., Кемерово, Российская Федерация) – кандидат медицинских наук, доцент, организатор и первый заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней Кемеровского государственного медицинского института.

Родился в семье Льва Аркадьевича – студента-медика (выпускника Воронежского государственного медицинского института – авт.) и Анны Григорьевны Кагановых. В 1929 г. семья переехала в Воронеж. Здесь А. Л. Каганов окончил среднюю школу.

В августе 1939 г. поступил в Ленинградскую военно-медицинскую академию им. С. М. Кирова. С этого времени началась его служба в рядах Рабоче-крестьянской Красной армии. В 1943 г. в Самарканде (ныне Республика Узбекистан – авт.), где академия находилась в эвакуации, получил диплом врача. Затем несколько месяцев служил в академии. С мая 1944 г. – на фронте: командир госпитального взвода 194-го медико-санитарного батальона 5-го гвардейского, Сталинградско-Киевского, ордена Ленина, Краснознамённого, орденов Суворова и Кутузова I-х степеней танкового корпуса.

В январе 1946 г. А. Л. Каганов был принят в члены ВКП (б), в 1952 г. переименованной в КПСС. В том же году получил назначение адъюнктом кафедры факультетской терапии Ленинградской Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова. Последующие два года работал под руководством действительного члена АМН СССР, доктора медицинских наук, лауреата Сталинской премии, профессора М. И. Аринкина. Его он всю жизнь считал своим учителем. Затем Арнольду Львовичу предложили возглавить терапевтическое отделение Белорусского военного госпиталя, позже – кафедру военно-полевой терапии военно-медицинского факультета Куйбышевского (ныне Самарского – авт.) государственного медицинского института.

В 1952 г. в своём родном вузе А. Л. Каганов защитил диссертацию на соискание учёной степени кандидата медицинских наук по теме «Материалы по изучению организма танкистов при длительных танковых маршах, проведенных в различных климатических условиях». В 1955 г. он был утверждён в звании доцента.

В 1955–1958 гг. лидер СССР Н. С. Хрущёв инициировал первое масштабное сокращение советских вооружённых сил на треть, а это почти 2 млн. солдат и

офицеров. В 1958 г. в рамках этого решения факультет, в котором служил А. Л. Каганов, расформировали. Арнольд Львович был демобилизован в звании подполковника медицинской службы.

Судьба оказалась к нему благосклонной. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения РСФСР его направили в распоряжение директора Кемеровского государственного медицинского института, заслуженного врача РСФСР, фронтовика (это важно – авт.) С. В. Беляева. Вуз был создан только, что – в 1955 г. Уже 27 августа 1958 г. А. Л. Каганов возглавил в вузе кафедру пропедевтики внутренних болезней, им же организованную.

Первые его 27 лет работы коллектив кафедры называет этапом А. Л. Каганова. Начиналось всё с малого: клиническая и учебная базы состояли из 75-ти терапевтических коек и 2-х учебных комнат в фойе нынешней детской поликлиники Кировского района. Но уже через год кафедра переехала в новый корпус на 160 коек, с отделением функциональной диагностики и клинико-биохимической лабораторией. Арнольд Львович организовал на высшем уровне учебно-воспитательную, методическую и лечебную работу, сумел сформировать и сплотить надежный коллектив.

Кафедра и созданная терапевтическая клиника являлись одной из лучших в городе, и впервые в Сибири. Здесь было открыто специализированное сердечно-легочное отделение с блоком интенсивной терапии. Клиника стала пульмонологическим центром Кузбасса.

Тесное сотрудничество заводской медсанчасти № 9, впоследствии преобразованной в городскую клиническую больницу № 2, и кафедры пропедевтики внутренних болезней всегда было плодотворным. Большое внимание уделялось амбулаторно-поликлиническому звену больницы. Кафедра принимала участие в повышении квалификации участковых и цеховых врачей, разрабатывала и внедряла новые передовые методики оказания лечебной помощи.

Немецкий писатель Ф. Шпильгаген в 1866 г. назвал свой роман «Один в поле не воин». Конечно, поднять на должную высоту работу кафедры, клиники Арнольду Львовичу помогали верные и надёжные соратники. Хочется назвать имена этих высококлассных специалистов и требовательных педагогов, которых наверняка помнят питомцы КГМИ: Б. С. Аникин, В. Н. Вычуб, Д. П. Горяйнова, А. П. Дряхлова, Л. В. Ефремова, Т. И. Злобина, Н. В. Клыков, В. М. Королева, М. А. Кунашко, В. П. Левченко, Г. В. Лихачева, Г. И. Маркман, Т. Ш. Мегрелишвили, С. Г. Мирецкая, Л. И. Неволина, В. А. Плосконос, Н. А. Попова, Р. Г. Рахманкулов, В. Б. Рохленко, Т. О. Рохленко, Р. З. Сафиулина, Е. А. Семёнова, Л. П. Соболева, Н. Д. Солодкова, Д. М. Соломенников, С. Е. Сорокина, В. А. Сунцов, Р. М. Тарлова, Д. О. Уतिकеева, Б. А. Фёдоров, М. И. Филатова, Г. Л. Хасис, Э. И. Эпштейн.

Двадцать три года Арнольд Львович возглавлял проблемную комиссию «Научные основы гигиены труда и профессиональной патологии» при кафедре. С 1962 г. по 1968 г. избирался председателем Кемеровского областного общества

терапевтов. С 1964 г. по 1981 г. был проректором по научной работе. В этот период – депутат Кировского районного совета депутатов трудящихся.

Будучи проректором, он, по словам доктора медицинских наук, профессора Н. А. Барбараш, благословил её сначала на защиту кандидатской, а потом докторской диссертаций. На каждом шагу этого пути вдохновлял и поддерживал её. Под его научным руководством и консультированием было защищено 8 кандидатских и 2 докторские диссертации.

А. Л. Каганов не только направлял научную работу других, но и сам активно занимался ею. В 1969 г. в Ленинградской Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова состоялась защита его докторской диссертации – «Материалы изучения внутренних органов при хроническом воздействии ТНТ (клинико-экспериментальное исследование)». Однако, несмотря на его апелляцию и положительные отзывы специалистов, Президиум ВАК в 1973 г. не присвоил А. Л. Каганову учёной степени доктора медицинских наук

В 1986 г. Арнольд Львович оставил должность заведующего кафедрой и перешёл на консультативную работу в Кемеровскую городскую больницу. Его преемником был избран кандидат медицинских наук, доцент Б. С. Аникин.

Можно смело утверждать, что А. Л. Каганов создал не только кафедру, но и методику преподавания, умея пробудить у студентов глубокий интерес к учебе, к будущей профессии. Многие ученики А. Л. Каганова стали прекрасными врачами, учеными, организаторами здравоохранения, как в Кузбассе, так и за его пределами.

Кафедра по праву гордится своими воспитанниками. Только в Alma mater трудились и трудятся бывшие студенты А. Л. Каганова: доктор медицинских наук, профессор, бывший ректор КемГМА, А. Я. Евтушенко; доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой судебной медицины, декан лечебного факультета Ю. И. Бурого; доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей хирургии А. П. Торгунаков; доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой нормальной физиологии Н. А. Барбараш; доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, заведующая кафедрой кардиологии О. Л. Барбараш и многие другие. Семена, посеянные прекрасным Учителем, дали и прекрасные всходы!

Студенты любили и безгранично уважали Арнольда Львовича. Подтянутый – с военной выправкой! – энергичный, он невольно привлекал к себе внимание. Главное, обладал особым даром непревзойденного лектора. Он настолько четко излагал материал, что его лекциями студенты пользовались даже при подготовке к выпускным экзаменам.

Вот какого мнения о нём его бывшие студенты. А. Я. Евтушенко (1-й выпуск КГМИ): «Не забудется чрезвычайный интерес студентов к первой клинической дисциплине и к самому Арнольду Львовичу Каганову. Пропедевтика дает базовые знания по внутренним болезням. Учась дальше, мы часто открывали лекции и учебники по пропедевтике.

Запомнились интереснейшие лекции Арнольда Львовича, на которых почти всегда присутствовали и ассистенты, занятия, особенно лабораторные. Нравилось все, даже строгая дисциплина. СНО было организовано почти сразу, оно давало дополнительную информацию по предмету и его регулярно посещали 35 студентов. Будучи проректором по науке, Арнольд Львович организовал центральную научно-плановую комиссию, он на все находил время! Кафедра оставила самые теплые воспоминания: сотрудники образованные, интеллигентные, добрые, сердечные люди!».

Ю. И. Бураго (3-й выпуск КГМИ): «А. Л. Каганов был отмечен Божьим перстом. Со студентами общался просто. К нему без страха можно было войти в кабинет, если по уважительной причине надо было отпроситься с занятий, а отработки больше походили на собеседования. Арнольду Львовичу было важно, чтобы у студента были знания. О кафедре остались самые теплые воспоминания».

Доктор медицинских наук Е. А. Вострикова: «Медицинское мировоззрение у всех формируется по-разному, но с уверенностью можно сказать, что основы врачебного мышления и первое осознание себя как врача у большинства выпускников Кемеровского мединститута ассоциируется с кафедрой пропедевтики. Как одно из самых ярких воспоминаний студенчества, в памяти всплывает первая встреча с кафедрой, первые незабываемые впечатления. С трудом разыскав в дебрях кировской рощи учебные аудитории, мы вдруг оказались в ... «Зазеркалье».

Уже изрядно устав от теории, основательно подкованные в области научного атеизма и истории партии, студенты со школярским, еще ламинарным мышлением, внезапно погрузились в поток абсолютно новой информации. Новые термины, новые понятия, новый стиль жизни. Первый сбор анамнеза, первая перкуссия, первая ЭКГ.

Было от чего растеряться, потерять твердую почву под ногами. Но мы были под надежным прикрытием, нас заботливо опекали сотрудники кафедры. Опытные гуру открывали наивным адептам от медицины новые горизонты, неведомые ранее территории, острова и островки различных заболеваний, прокладывая сложный путь в мутном море симптомов и синдромов среди опасных рифов мануальных методик и клинико-инструментальных показателей.

Это страшное слово «анамнез». После внимательного изучения учебника в душе остался только страх перед предстоящим погружением в тайны истории пациента и его болезней. И впервые бежали на лекцию по методике сбора анамнеза как на праздник, ожидая узнать истину. Экспозиция священного Грааля не вызвала бы большего волнения и интереса. Небывалая тишина в зале, на сцене – Арнольд Львович Каганов и обычный пациент. Священнодействие началось. На глазах у изумленной публики происходило чудо познания, раскрытие нюансов жизненного пути и глубин развития патологических процессов.

Полностью завладев вниманием пациента (про студентов и говорить не приходится), Арнольд Львович шел виртуозно к главной цели – получить

максимум информации при сохранении абсолютного комфорта для опрашиваемого. Создавалось ощущение простоты и легкости беседы, понятные отточенные вопросы, ничего лишнего. Мы жадно впитывали в себя происходящее, понимая, что эта простота и изящество общения с больным дается годами тяжелой практики, кропотливой работы над собой, это то неуловимое, что отличает творчество от ремесла. Казалось бы, какая разница, обратиться к пациенту не с вульгарного «на что жалуетесь», а «что вас беспокоит», но эмоциональная окраска разговора в корне меняется. О великий и могучий... Когда я слышу модное сейчас выражение «мастер-класс», сразу вспоминается та далекая лекция, блестящий педагог и прекрасный врач А. Л. Каганов, показавший нам первые навыки мастерства».

С. Е. Сорокина – бывший клинический ординатор кафедры пропедевтики внутренних болезней: «А. Л. Каганова касалось всё, что происходит в клинике, он был в курсе всех дел. Сам воспитывал из ординаторов, ассистентов кафедры и часто повторял: «Ассистент должен быть на голову выше врача! ...Приблизительно в 80-е годы на кафедру приехали представители из других медицинских вузов СССР, А.Л. Каганов прочитал блестящую лекцию с демонстрацией больных, она имела огромный успех! В преподавании огромное значение уделялось методикам, частной патологии было мало. Отрабатывались не только пропуски занятий, но и двойки. Такой запомнилась кафедра. Я горжусь, тем, что проходила клиническую ординатуру именно на кафедре пропедевтики внутренних болезней!».

Вместе с женой Верой Соломоновной Арнольд Львович вырасти двух дочерей. Теодора окончила с отличием Кемеровский государственный медицинский институт, стала психиатром, была главным врачом. Галина работала преподавателем русского языка и литературы.

А. Л. Каганов был награждён двумя орденами Отечественной войны I-й (11 марта 1985 г. – в ознаменование 40-летия победы советского народа в Великой Отечественной войне – авт.) и II-й (1 октября 1944 г.) степеней, орденом Красной Звезды (5 ноября 1954 г., 15 лет воинской службы – авт.), десятью медалями, знаком «Отличник здравоохранения», отмечен благодарностями Министерства здравоохранения.

В дни 100-летнего юбилея Арнольда Львовича Каганова профессорско-преподавательский состав, сотрудники, студенты, весь коллектив КемГМУ, его ученики, все кто знал этого человека чтут его память.

*Автор д.и.н., профессор кафедры истории Кемеровского государственного медицинского университета С. П. Звягин*

**РАЗДЕЛ I.  
«ИСТОРИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНЫ В СИБИРИ.  
ИСТОЧНИКИ И ИСТОРИОГРАФИЯ ПО ИСТОРИИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНЫ»**

МАКАРЧУК С. В.

**В. Е. МАНДЕЛЬБЕРГ: К ИСТОРИОГРАФИИ СИБИРСКОГО ЭТАПА  
ОБЩЕСТВЕННО-ПОЛИТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИЗВЕСТНОГО ВРАЧА  
(КОНЕЦ XIX – ПЕРВАЯ ЧЕТВЕРТЬ XX ВВ.)**

*Кафедра истории России*

*Кемеровского государственного университета, г. Кемерово*

МАКАРЧУК S. V.

**V. E. MANDELBERG: TO THE HISTORIOGRAPHY OF THE SIBERIAN STAGE OF  
PUBLIC AND POLITICAL ACTIVITIES OF A FAMOUS DOCTOR (LATE XIX - FIRST  
QUARTER OF XX CENTURIES)**

*Department of Russian History*

*Kemerovo State University, Kemerovo*

*Аннотация:* Статья посвящена историографическому осмыслению сибирского этапа общественно-политической деятельности известного врача и социал-демократа-меньшевика Виктора Евсеевича Мандельберга. Выявлены и проанализированы основные историографические источники по проблеме. Сформирован биоисториографический образ исторической личности.

*Ключевые слова:* В. Е. Мандельберг, историографические источники, социал-демократия, биоисториографические факты, историография.

*Abstract:* The article is devoted to the historiographic understanding of the Siberian stage of the social and political activities of the famous physician and social-democrat-Menshevik Viktor Evseevich Mandelberg. The main historiographic sources on the problem are identified and anahistorical personality has been formed.

*Keywords:* V. E. Mandelberg, historiographic sources, social- democracy, biohistoriografacts, historiography.

Виктор Евсеевич (Вигдор Овишев) Магдельберг – известный врач и политический деятель (по партийной принадлежности социал-демократ-меньшевик, псевдонимы: Посадовский, Бюлов, Панин) родился 19 декабря 1869 г. в городе Бердичеве, Киевской губернии в семье купца-еврея. Закончил медицинский факультет Киевского императорского университета Св. Владимира. Получив как дипломированный врач право покинуть «черту оседлости», работал врачом в Петербурге, где примкнул к социал-демократическому движению.

За революционную агитацию в рабочей среде был сослан в 1899 г. в Восточную Сибирь под гласный надзор полиции. Ведёт партийную и

общественную работу в Иркутске и Нижнеудинске, где на охоте прострелил руку, которую пришлось ампутировать. Становится одним из создателей социал-демократической организации в Иркутске и принимает участие в становлении Сибирского социал-демократического союза, от которого, совместно с Л. Д. Бронштейном (Троцким), по окончании срока ссылки отправляется делегатом на II съезд Российской социал-демократической рабочей партии (РСДРП) в Брюссель и Лондон.

В 1904 г. в Санкт-Петербурге В. Е. Мандельберг успешно защищает докторскую диссертацию по гинекологии, материалы которой стали основой его монографии [1]. В этом же году он вновь уезжает в Иркутск, где принимает активное участие в революционных событиях 1905 г., является делегатом III съезда РСДРП и депутатом II Государственной думы от Иркутска. После разгона думы живёт в Финляндии и Италии, занимаясь практической врачебной деятельностью.

В 1917 г. В. Е. Мандельберг вновь в Петрограде, где возглавляет медицинскую службу города, является кандидатом в члены Временного Совета Российской республики (Предпарламента) и кандидатом в члены ЦК РСДРП (объединённая), членом Президиума Всероссийского Демократического Совета от социал-демократов.

После октябрьского переворота В. Е. Мандельберг вернулся в Иркутск, где продолжил профессиональную, общественно-политическую и партийную работу. Не поддержал диктатуру адмирала А. В. Колчака и окончательно установившуюся вслед за ней власть большевиков. Переехал в Читу, а в августе 1920 г. эмигрировал в Палестину, где стал одним из основателей всемирной «Лиги борьбы с туберкулёзом» и одно время являлся председателем этой ассоциации. Был членом президиума «Общественного комитета помощи СССР в войне с фашизмом». С помощью миссии в Тегеране участвовал в организации доставки в СССР медицинского оборудования. Виктор Евсеевич Мандельберг скончался 15 марта 1944 г. в г. Хайфа.

**Цель исследования** – выявление, осмысление и анализ историографических источников, содержащих сведения о В. Е. Мандельберге и оценку сибирского этапа его общественно-политической деятельности, а также формирование целостного биоисториографического образа выдающегося общественного деятеля и его роли в сибирском социуме конца XIX – первой четверти XX вв. Автор надеется, что его работа будет способствовать введению имени В. Е. Мандельберга в широкий научный оборот.

### **Материалы и методы исследования**

Материалами для работы послужили историографические источники в форме монографий, диссертаций, статей, тезисов научных конференций, энциклопедий, словарей, вышедших в дореволюционный, советский и постсоветский периоды в которых отображается деятельность

В. Е. Мандельберга, либо затрагиваются проблемы, способствующие её более глубокому осмыслению. При проведении исследования использовались традиционные принципы и методы историографии, как вспомогательной исторической дисциплины: принципы историзма, объективности, ценностного подхода, сравнительно-исторический и проблемно-хронологический методы, а также методы периодизации, ретроспективного и перспективного анализа.

В качестве вспомогательных источников использовались биобиблиографические указатели [2, 3]. К вспомогательным источникам следует отнести историографические обзоры, касающиеся состояния общественно-политического, в т. ч. социал-демократического движения в Сибири, а также особенностей положения еврейских общин и состояния политической ссылки в крае.

В монографии А. А. Иванова характеризуется дореволюционный период историографии политической ссылки в Сибирь. Особое внимание иркутский историк уделяет анализу традиций иркутской политической ссылки [4]. Монографические исследования М. Б. Шейнфельда, Л. М. Горюшкина и Н. А. Миненко по общей историографии Сибири дооктябрьского периода также затрагивают проблемы сибирской ссылки, останавливаясь на историографии социал-демократического движения и Сибирского союза РСДРП [5, 6]. Современное состояние отечественной историографии партийно-политического движения в Сибири в начале XX в. рассмотрено в монографии А. П. Толочко, в которой приводится также подробный перечень историографических обзоров по данной проблематике [7]. Историографии социал-демократического движения в Сибири, работе местных комитетов РСДРП, включая Иркутский комитет, посвящены монографии омских историков С. П. Исачкина и С. В. Новикова [8, 9].

Обобщающие историографические работы по еврейским общинам Сибири стали только недавно появляться в форме статей. Первой попыткой историографической характеристики основных трудов сибирских исследователей всех поколений по всем вопросам еврейского бытия в Сибири стала статья Л. В. Кальминой [10]. Ещё в одной статье коллектива авторов обращено внимание на оценку факторов общественной и политической включённости отдельных членов общин, в т. ч. В. Е. Мандельберга [11, с. 109]. С. В. Макачук впервые поставил задачу формирования историографического образа медиков-евреев в общинах и сибирском социуме, уделив значительное внимание биоисториографическому образу В. Е. Мандельберга [12, с. 37-38].

### **Результаты и их обсуждение**

Специальные историографические труды, посвящённые В. Е. Мандельбергу отсутствуют. Представляемая работа является первой попыткой научного биоисториографического описания общественно-политической деятельности В. Е. Мандельберга на основе отражённых в литературе исторических и биографических свидетельств. Первые такие свидетельства появились уже в

начале общественного пути нашего героя и относятся к *дореволюционному периоду* развития историографии.

Прежде всего, следует отметить, изданные за границей во время эмиграции две книги воспоминаний самого В. Е. Мандельберга. Первая из них полностью посвящена работе II Государственной думы [13]. Вторая книга включает главы, характеризующие работу в Сибири [14].

Современные историки дают высокую оценку воспоминаниям В. Е. Мандельберга. Ю. П. Родионов отмечает его роль «самобытного исследователя истории российского общественного движения». Он считает воспоминания «важным историческим источником, незаслуженно забытым по политическим мотивам» [15]. В. В. Кудряшов в специальной статье также характеризует воспоминания как важный исторический источник [16].

Опубликованные в виде отдельных книг воспоминания, опирающиеся на определённый круг литературы и источников и получившие оценку в историографии, вполне могут считаться наряду с историческими, историографическими источниками. В воспоминаниях Мандельберга получили отражение конкретно-исторические факты создания Иркутского комитета и Сибирского союза РСДРП, участия субъекта воспоминаний в выпуске прокламаций, создании профессиональных союзов, организации предвыборной социал-демократической агитации в I и II Государственные думы, борьбе с черносотенцами, кадетами, эсерами.

В отношении политической биографии самого мемуариста, следует отметить, содержащийся в 3-й главе давосских воспоминаний «В ссылке, в Сибири (1899-1903 гг.)» биоисториографический факт: «Сильно изменила меня 4-х летняя ссылка, громадное имела на меня влияние. В Сибирь я уезжал, незнакомый ни с революцией, ни с революционерами, - из Сибири возвращался убеждённым революционером, членом Рос. Соц.-дем. Раб. Партии, делегатом от Сибирского союза на созываемый тогда 2-ой съезд Партии».

Первые публикации о В. Е. Мандельберге появились в связи с его избранием депутатом II Государственной думы. В 1907 г. столичный альманах «Сибирские вопросы» опубликовал статью И. Родионова, содержащую краткие биографии сибирских депутатов. Автор обращает внимание на партийную принадлежность Мандельберга и его общественную и профессиональную работу [17]. На одной странице уместились данные о Мандельберге, приведённые в вышедшем в Москве сборнике, включающем портреты и биографии депутатов [18]. Биографические сведения об иркутском депутате появились и в местной прессе [19].

Однако, в *советской историографии* имя В. Е. Мандельберга стало постепенно забываться, а иногда сознательно вычёркиваться из интерпретации исторических событий. Это связано с усиливающейся идеологизацией и большевизацией истории. В «Сибирской советской энциклопедии» ещё помещена отдельная небольшая статья о В. Е. Мандельберге, но в ней концентрируется

основное внимание на его «меньшевизме». Он объявляется «одним из лидеров сибирского меньшевизма», активным борцом с советской властью и сторонником националистического сионистского движения [20].

О деятельности Мандельберга в Сибирском социал-демократическом союзе энциклопедия даже не упоминает. Это связано с утвердившейся в историографии 1920-х – 30х годов концепцией Н. Н. Баранского, считающего инициаторами его создания членов томского марксистского кружка В. Е. Воложанинова [21]. В известных воспоминаниях Н. Н. Баранского, который сам работал в Сибирском социал-демократическом союзе, преуменьшается роль марксистов Иркутска в его создании, а фамилия Мандельберга и вовсе не фигурирует [22]. То же следует отнести и к вышедшему в 1935 году в Москве сборнику статей и воспоминаний о Сибирском союзе РСДРП [23]. Указанную концепцию поддержал исследователь Сибирского союза РСДРП Г. У. Бузурбаев, который также не упоминает имени Мандельберга [24]. Так, исторический факт участия В. Е. Мандельберга в становлении Сибирского союза уходит из историографии.

В 1930-х гг. советские историки стали подвергать сомнению и правомерность участия Мандельберга в работе II съезда РСДРП. Всё началось с неподкреплённого документальными источниками утверждения М. К. Ветошкина о том, что один из руководителей социал-демократической организации Иркутска меньшевик В. А. Гутовский самовольно выдал мандат своим единомышленникам Л. Д. Троцкому и В. Е. Мандельбергу [25]. И только с 1980-х годов, как замечает современный историограф социал-демократии С. П. Исачкин, учёные начинают объяснять решение сибирских эсдеков тем, что оба они находились за границей и им не надо было преодолевать долгий, опасный и дорогостоящий путь из Сибири в Брюссель и Лондон [26].

Для послевоенной историографии характерно установление традиции практически полного замалчивания фигуры Мандельберга. В 1947 г. в Тель-Авиве вышел сборник его воспоминаний, но он не дошёл до советских библиотек и с того времени являлся библиографической редкостью. Апофеозом игнорирования Мандельберга в советской историографии стал выход в 1968 г. пятитомного обобщающего научного труда «История Сибири», в третьем томе которого, при подробном описании политической ссылки, первых марксистских кружков, Сибирского социал-демократического союза, революционного и социал-демократического движения в конце XIX - начале XX вв., фамилия Мандельберга даже не упоминается [27]. В этом случае, само отсутствие по идеологическим мотивам упоминаний о видном субъекте сибирской истории в фундаментальном труде, является ярким историографическим фактом.

Историческую справедливость в отношении Мандельберга пытался восстановить томский историк Н. В. Блинов, упомянув в своей монографии о его участии в становлении Сибирского социал-демократического союза [28]. Иркутский историк Н. И. Кабацкий, опираясь на документы областного

госархива, привёл факт участия Мандельберга в агитации среди торговых служащих в период революционных событий 1905 года [29, с. 156].

В вышедшей в перестроечный период монографии В. М. Самосудова обращается внимание на приверженность Мандельберга взглядам «экономизма» в начале отбывания сибирской ссылки, Что касается господствующих в советской историографии представлений о Мандельберге как «антиискровце», автор пишет: «Мандат на II съезд РСДРП получил член Сибирского и Иркутского комитетов В. Мандельберг (Посадовский), не занимающий твёрдой искровской позиции, но и не выражавший и расхождений с искровской платформой» [30, с. 44].

Для *современного, постсоветского* этапа историографии характерна постепенная реабилитация имени Мандельберга и объективная оценка его роли в общественно-политическом пространстве России и Сибири. Появившиеся в последнее время многочисленные историографические источники нуждаются в особом рассмотрении в специальном научном труде. Нам же остаётся только назвать некоторые биоисториографические источники общественно-политической деятельности Мандельберга последних лет, содержащие новые историографические факты и исторические сведения.

В. А. Самоделкин, основываясь на материалах Государственного архива Российской Федерации (ГАРФ), впервые оценивает В. Е. Мандельберга как одного из оппонентов колчаковского режима [31]. Вслед за ним, С. П. Звягин обращает внимание на неизвестные факты его общественной деятельности в годы революции 1917 г. и Гражданской войны [32]. Историк считает, что на 1917 – 1919 гг. приходится второй пик политической карьеры Мандельберга [33].

Плодотворно работает над общественно-политической биографией В. Е. Мандельберга историк из г. Братска В. В. Кудряшов. Привлекая архивные документы, воспоминания, периодическую печать и другие исторические источники, он всесторонне и объективно показал роль Мандельберга в истории Иркутска [34]. Впервые в историографии им поставлен и освещён вопрос о публицистической деятельности Мандельберга в Сибири, в частности, проанализированы его статьи в «Восточном обозрении» [35] и «Иркутских днях» [36]. Раскрыты цели и содержание пребывания Мандельберга в Красноярске в 1905 г., получила оценку его роль в издании газеты «Красноярский рабочий» [37].

Как новые, так и широко известные факты общественно-политической биографии В. Е. Мандельберга, получили оценку в современных энциклопедических изданиях. В трёхтомной «Исторической энциклопедии Сибири» отсутствует отдельная статья о Мандельберге, но в обширной статье «Социал-демократическое движение в Сибири» приведены основные вехи его общественно-политической деятельности [38]. В энциклопедическом словаре «Общественно-политическая жизнь Сибири в конце XIX – начале XX века» известный специалист по этой проблематике и ответственный редактор издания М. В. Шиловский поместил статью под названием «Мандельберг Виктор

Евсеевич» [39]. Обобщающие статьи, посвящённые Мандельбергу содержатся также в электронных энциклопедиях – Википедии [40] и Иркипедии [41].

### **Выводы**

Изученные историографические источники показывают, что становление уже известного врача В. Е. Мандельберга как общественного и политического деятеля приходится именно на этап его пребывания в Сибири. Его достижения в этой сфере начинают отражаться в дореволюционной и в начальный период советской историографии. Однако, с усилением идеологизации общества в 30-х гг. XX века, имя Мандельберга как меньшевика, антисоветчика и политического эмигранта фактически вычёркивается из отечественной историографии. Только перестройка и постсоветский этап начали возвращать это имя в политическую историю. К настоящему времени начинают появляться серьёзные исторические изыскания, закрываются многие историографические лакуны биоисториографии Мандельберга, а наша историография приблизилась к созданию нового историографического источника в форме масштабной монографии о Викторе Евсеевиче Мандельберге.

### **Источники и литература / Sources and references**

1. Мандельберг В. О предупреждающем срединном рассечении промежности (Perinaeotomia) во время родов. – СПб., 1905. – 220с.
2. В. Е. Мандельберг // Евреи Сибири и Дальнего Востока. Библиографический указатель литературы на русском языке / Составители Л. В. Кальмина, Л. В. Курас, Т. А. Немчинова. – Красноярск: Изд-во «Кларетианум», 2004. – С. 18.
3. Виктор Евсеевич Мандельберг. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.hrono.info/biograf/bio\\_m/mandelberg.php](http://www.hrono.info/biograf/bio_m/mandelberg.php) (Дата обращения: 05.01.2021 г.).
4. Иванов А. А. Историография политической ссылки в Сибирь второй половины XIX - начала XX в. – Иркутск: Изд-во Иркутск. гос. ун-та, 2001. – 275с.
5. Шейнфельд М. Б. Историография Сибири (конец XIX - начало XX вв.). – Красноярск: Красноярск. гос. пед. ин-т, 1973. – 398 с.
6. Горюшкин Л. М., Миненко Н. А. Историография Сибири дооктябрьского периода (конец XVI - начало XX вв.). – Новосибирск: Наука, 1984. – 317с.
7. Толочко А. П. Современная отечественная историография партийно-политического движения в Сибири в начале XX в. – Омск: Омск. гос. ун-т, 2001. – 140с.
8. Исачкин С. П. Очерки историографии социал-демократического движения Сибири: 1907-1917 гг. – Омск: Омск. гос. ун-т путей сообщения, 2001. – 184 с.
9. Новиков С. В. Социал-демократы и революционное подполье Сибири (1901 – февраль 1917 гг.). Историография второй половины 50 – 80-х гг. XX века. – Омск: Изд-во ОмГАУ, 2003. – 164с.

10. Кальмина Л. В. Сибирские евреи в трудах сибирских исследователей // История исторической науки в России XVIII - XXI века. Одиннадцатые Щаповские чтения: материалы всероссийской научно-практической конференции. Иркутск, 12 октября 2018. – Иркутск: Отгиск, 2018. – С. 147-158.
11. Макарчук С. В., Генина Е. С., Гончаров Ю. М. Проблемы истории еврейских общин Сибири XX - начала XXI в. в оценках современных отечественных исследователей. // Вестник Томского государственного университета. История. – 2020. – № 64. – С. 108-116.
12. Макарчук С. В. Современная отечественная историография о роли медиков в еврейских общинах Сибири (XIX - первая четверть XX вв.) // История медицины в Сибири: материалы I Международной науч.-практ. конференции /отв.ред. В. В. Шиллер, С. П. Звягин, Е. В. Бадаев, З. В. Боровикова. – Кемерово, 18-19 марта 2020 г. – Кемерово: КемГМУ, 2020. – С. 34-44.
13. Мандельберг В. Е. Тернии без роз. – Женева, 1908. – 165с.
14. Мандельберг В. Е. Из пережитого. – Давос: Изд-во «За рубежом», 1910. – 145с.
15. Родионов Ю. П. О «Сибирских фрагментах» воспоминаний В. Е. Мандельберга // Исторический ежегодник. – Омск: ОмГУ, 1999. – С.52-56.
16. Кудряшов В. В. Воспоминания В. Е. Мандельберга как исторический источник // Труды Братского государственного университета. Серия: Гуманитарные и социальные проблемы развития регионов Сибири. - 2003. – Т.1. – С. 129-133.
17. Родионов И. Краткие биографии сибирских депутатов // Сибирские вопросы. - 1907. – 15 апреля. - № 6. – С. 26-30.
18. Биович М. М. Члены Государственной думы (Портреты и биографии). Второй созыв. – М., 1907. – С. 481.
19. Мандельберг К. Д. В. Е. Мандельберг // Сибирь (Иркутск). – 1907. – 25 марта.
20. Мандельберг Виктор Евсеевич // Сибирская советская энциклопедия. - Т. 3. – Новосибирск: Западно-сибирское отделение ОГИЗ, 1932. – С.289.
21. Баранский Н. Н. Социал-демократическое движение в Сибири в эпоху революции 1905 г. // Северная Азия. – 1926 - № 5-6. – С. 75-99.
22. Баранский Н. Н. В рядах Сибирского социал-демократического союза (воспоминания о подпольной работе 1897-1908 гг.). – Новониколаевск: Сибирское областное гос. изд-во, 1923. – 89с.
23. Сибирский союз РСДРП: сборник статей и воспоминаний. – М.: Старый большевик, 1935.
24. Бузурбаев Г. У. Сибирский союз РСДРП // Сибирские огни. – 1939. – № 2. – С. 136-146.
25. Ветошкин М. К. Сибирские большевики в период Первой русской революции. – М.; Госполитиздат, 1939. – 228 с.
26. Исачкин С. П. Концепция становления социал-демократии Сибири в советской историографии // Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики. – Тамбов: Грамота, 2018. - № 2(88). – С. 30-33.

27. История Сибири в 5-ти т. – Т. 3. Сибирь в эпоху капитализма. – Л.: Изд-во «Наука». Ленинградское отделение, 1968. – 530 с.
28. Блинов Н. В. Распространение марксизма и формирование социал-демократических организаций в Сибири. – Томск: Изд-во ТГУ, 1972. – 214 с.
29. Кабацкий Н. И. Социал-демократические организации Сибири в борьбе за массы в революции 1905-1907 гг. – Иркутск: Изд-во ИГУ, 1984. – 240 с.
30. Самосудов В. М. Большевики Сибири в борьбе против царизма (1894-февраль 1917 гг.). – Иркутск: Изд-во Иркутск. ун-та, 1987. – 216 с.
31. Самоделкин В. А. В. Е. Мандельберг – один из оппонентов колчаковщины // История «белой» Сибири: тезисы Второй научной конференции / под ред. С. П. Звягина, С. В. Макаруча, В. А. Сергиенко – Кемерово: Кузбассвуиздат, 1997. – С. 32-34.
32. Звягин С. П. В. Е. Мандельберг в годы революции и Гражданской войны (1917-1919 гг.) // Страницы истории евреев Сибири в XIX-XX веках: сборник статей / под. ред. Я. М. Кофмана. - Красноярск: Изд-во «Кларетианум», 2003. – С. 172-181.
33. Звягин С. П. Политическая деятельность В. Е. Мандельберга в 1917-1919 гг. // История еврейских общин Сибири и Дальнего Востока: сборник материалов III региональной науч.-практ. конференции / под. ред. Я. М. Кофмана. – Улан-Удэ, 26-27 августа 2002 г. – Красноярск: Изд-во «Кларетианум», 2002. – С. 102-107.
34. Кудряшов В.В. Политический ссыльный В. Мандельберг в истории Иркутска // Сибирская ссылка: сборник науч. статей. – Иркутск: Оттиск, 2013. Вып. 7(19). – С. 491-504.
35. Кудряшов В. В. В. Е. Мандельберг и газета «Восточное обозрение» // Проблемы социально-экономического развития Сибири. – 2014. - № 3 (17). – С. 39-43.
36. Кудряшов В. В. В. Е. Мандельберг и газета «Иркутские дни» // Иркутский историко-экономический ежегодник: 2014. – Иркутск: Изд-во БГУ ЭП, 2014. – С. 455-463.
37. Кудряшов В. В. Виктор Мандельберг в Красноярске // Труды Братского гос. ун-та. Серия: Гуманитарные и социальные науки. – 2016. – Т. 1. – С. 53-56.
38. Ноздрин Г. А., Шиловский М. В. Социал-демократическое движение в Сибири // Историческая энциклопедия Сибири в 3-х т. – Т. 3. – Новосибирск: СО РАН, 2009. – С. 149-153.
39. Шиловский М. В. Мандельберг Виктор Евсеевич // Общественно-политическая жизнь Сибири в конце XIX – начале XX в.: Энциклопедический словарь / отв. ред. М. В. Шиловский – Новосибирск: Параллель, 2019. – С. 181-182.
40. Мандельберг Виктор Евсеевич. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://ru.wikipedia.org/wiki/> (Дата обращения: 14.01.2021 г.).

41.Мандельберг Виктор Овшивич – [Электронный ресурс]. – Режим доступа:  
[http://irkipedia.ru/content/mandelberg\\_viktor\\_ovshievich](http://irkipedia.ru/content/mandelberg_viktor_ovshievich) (Дата обращения:  
14.01.2021 г.).

ПАЛИН А. В.

**ГУБЕРНСКИЕ ВРАЧЕБНЫЕ ИНСПЕКТОРЫ В СИСТЕМЕ МЕСТНОЙ ВЛАСТИ  
СИБИРИ (1895 – 1917 гг.)**

*Кафедра истории*

*Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово*

PALIN A. V.

**PROVINCIAL MEDICAL INSPECTORS IN THE SYSTEM  
LOCAL AUTHORITIES OF SIBERIA (1895 – 1917)**

*Department of history*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo*

*Аннотация:* В статье рассмотрены место и роль в системе местной власти врачебных отделений губернских управлений. Проведено исследование личного состава губернских врачебных инспекторов – начальников врачебных отделений, с целью выявления их управленческого опыта, профессионального соответствия занимаемому положению в структуре высших губернских административных учреждений. Для этого были проанализированы сведения об их уровне образования, чинах, сроках нахождения в действительной государственной службе и в должности главы врачебного отделения.

*Ключевые слова:* врачебный инспектор, медицина, губернское управление, Сибирь

*Abstract:* The article examines the place and role in the local government system of medical departments of provincial administrations. A study was carried out of the personnel of provincial medical inspectors - heads of medical departments, in order to identify their managerial experience, professional compliance with their position in the structure of higher provincial administrative institutions. For this, information about their level of education, ranks, terms of stay in active civil service and in the position of head of the medical department were analyzed.

*Keywords:* medical inspector, the medicine, provincial administration, Siberia

В 1895 г. в Сибири была проведена губернская реформ. Её результатом стало преобразование административных губернских учреждений ведомства Министерства внутренних дел в Тобольской, Томской, Енисейской и Иркутской губерниях в одно центральное в каждой губернии присутственное место – губернское управление. В его состав вошли губернатор, общее присутствие и канцелярия. В структурном отношении канцелярия делилась на отделения: распорядительные, тюремное, врачебное, ветеринарное и строительное [4, с. 30 – 31].

В компетенцию врачебных отделений губернских управлений входило решение широкого спектра вопросов здравоохранения. К их ведению относились

кадровые дела медицинских работников губерний: определение и увольнение врачей, фельдшеров, фельдшерниц-акушеров и оспопрививательниц; представление врачей и фельдшеров к чинам, наградам и добавочному жалованью за сибирскую службу; представление всех медицинских чинов к пенсиям и пособиям. Ежегодно обеспечивало подведомственных им участковых сельских врачей медикаментами, книгами, бланками, медицинскими инструментами [1, с. 42; 2, 8].

Врачебное отделение осуществляло регистрацию врачей, фармацевтов, зубных врачей (стоматологов). Выдавало разрешения на открытие аптек, частных лечебниц, родильных приютов, «зуболечебных» кабинетов, продажу косметических «не врачебных» средств.

Важной сферой деятельности врачебных отделений являлся надзор за эпидемиологической ситуацией в губерниях. Их служащие участвовали в ежегодной организации оспопрививания. Принимали меры против распространения инфекционных заболеваний. Производили микроскопическое и химическое исследования предметов, жидкостей, трупов по требованию судебных властей. Выдавали разрешение на перевозку мертвых тел для погребения. Во время действия временных губернских санитарно-исполнительных комиссий по холере и чуме вели все их делопроизводство [2, 8].

Интересно, что предприятия, которые планировали заниматься производством минеральных, фруктовых и прохладительных шипучих вод, лимонадов, кумыса, кефира, уксуса и т.п., должны были получить разрешение во врачебном отделении губернского управления. А в дальнейшем оно осуществляло контроль за их работой.

Во врачебных отделениях губернских управлений по требованию духовных консисторий и еврейских раввинов проводили медицинское освидетельствование различных лиц «для определения правоспособности к брачному сожителству». Губернские врачебные инспекторы освидетельствовали в общем присутствии губернских управлений лиц в «состоянии умственных способностей» для наложения опеки. Чины отделения, также приглашались в суд для освидетельствования состояния душевного здоровья подсудимых [1, с. 42; 2, 8]. По итогам календарного года чинами врачебных отделений готовился медицинский отчет по губернии.

Таким образом, во врачебных отделениях губернских управлений были сосредоточены полномочия, которые сегодня на региональном уровне выполняют исполнительные органы государственной власти отраслевой компетенции в сфере охраны здоровья, контроля и надзора по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения (например, в Кузбассе это – Министерство здравоохранения, Управление Роспотребнадзора по Кемеровской области).

Во главе врачебного отделения губернского управления стоял губернский врачебный инспектор. Кроме него в штатном составе классных чиновников

отделения числились: помощник губернского врачебного инспектора, фармацевт, делопроизводитель, помощник делопроизводителя, в отдельных случаях временно прикомандированный фельдшер. Количество делопроизводителей и их помощников могло меняться в зависимости от сложившейся общей и медико-санитарной обстановки в конкретной губернии.

Стоит отметить, что губернский врачебный инспектор по должности приравнивался к V классу. Это соответствовало уровню таких должностных лиц как вице-губернатор, тюремный инспектор, непременные члены по крестьянским делам и губернского по воинской повинности присутствия. Должность губернатора относилась к IV классу. Например, советники распорядительных отделений, губернский ветеринарный инспектор (до 1902 г. губернский ветеринар), губернский инженер и губернский архитектор – к VI классу [5, 6]. Тем самым подчеркивалась значимость деятельности врачебного инспектора в структуре высшего губернского административного учреждения. Для губернского врачебного инспектора устанавливался V разряд по шитью мундира. Оклад годового содержания определялся в Тобольской и Томской губерниях 1800 руб., Енисейской – 2500 руб., Иркутской – 2700 руб. [5, 6]. Он в свою очередь делился поровну на жалованье и столовые. За сибирскую службу предусматривалось еще добавочное жалованье. Например, на 1908 г. врачебный инспектор Тобольского губернского управления, доктор медицины, статский советник Ф. К. Зембицкий получал добавочное жалованье за службу в Сибири в размере 400 руб., а также 600 руб. за заведование сельской врачебной частью. В результате его годовое содержание составляло 2800 руб. [10, с. 712]. Его коллеге из Енисейского губернского управления лекарю, действительному статскому советнику П. И. Рачковскому было установлено добавочное жалованье за сибирскую службу в 625 руб. В этом же размере он получал пенсию. Тем самым, с учетом оклада годового содержания (2500 руб.), имел доход 3750 руб. в год [10, с. 182]. Разряд пенсии рассчитывался по специальному медицинскому положению.

Большое влияние на эффективность работы государственного учреждения оказывает наличие необходимых знаний, опыта и навыков его штатных служащих. Профессионализм и компетентность руководителей подразделений государственных структур нередко становятся определяющими факторами качественного исполнения полномочий органом власти в целом. Поэтому стоит остановиться более подробно на личностях губернских врачебных инспекторов, и проанализировать сведения об их уровне образования, чинах, сроках нахождения в действительной государственной службе и в должности начальника врачебного отделения губернского управления. Важно рассмотреть эти данные не в обобщенном анализе, а по губернским управлениям. Это даст нам информацию необходимую для понимания того насколько опытны и квалифицированы были врачебные инспекторы на момент занятия должности, насколько имеющийся уровень образования и профессионализма соответствовал возможности

грамотного разрешения вопросов здравоохранения, санитарно-эпидемиологических в сибирских губерниях.

За период с ноября 1895 г. по март 1917 г., должность тобольского губернского врачебного инспектора занимали: лекарь Николай Алексеевич Строганов (как исправляющий должность), доктора медицины – Франц Карлович Зембицкий, Василий Павлович Никитенко, Михаил Васильевич Милославский, Григорий Николаевич Егоров [7].

Н. А. Строганов, В. П. Никитенко, М. В. Милославский были выпускниками Императорского Московского университета, Ф. К. Зембицкий – Императорского университета святого Владимира (Киев). Нет сведений об образовании Г. Н. Егорова. Очевидно, что окончил высшее учебное заведение, иначе не смог бы получить учёную степень доктора наук.

При вступлении в должность имели следующие чины: статского советника – Н. А. Строганов, Ф. К. Зембицкий, М. В. Милославский, Г. Н. Егоров; коллежского советника – В. П. Никитенко. Получается, что чин V класса был у четверых из пяти врачебных инспекторов, занимавших эту должность во время функционирования губернского управления. В тоже время стоит отметить, что В. П. Никитенко, имевший чин VI класса, несколько месяцев спустя получил статского советника (20.05.1909 г.). С 1910 г. продолжит в этой должности службу в Иркутском губернском управлении [7].

Ко времени назначения на должность тобольского губернского врачебного инспектора имели следующий стаж государственной службы: Н. А. Строганов и Г. Н. Егоров по 32 года, Ф. К. Зембицкий – 23, М. В. Милославский – почти 15,5, В. П. Никитенко – почти 14,5 лет.

Продолжительность службы в этой должности составила у Ф. К. Зембицкого 6,5 лет (с 30.03.1901 г. по (...). 10.1908 г.), у Н. А. Строганова – более 5 (с 30.11.1895 г. по (...). 03.1901 г.), у Г. Н. Егорова – почти 4 (с 01.04.1913 г. по (...) 03.1917 г.), у М. В. Милославского – более 3 лет (с 18.01.1910 г. по 11.03.1913 г.), у В. П. Никитенко – чуть более года (с 25.10.1908 г. по (...). 12.1909 г.) [7].

Должность томского губернского врачебного инспектора в рассматриваемый период занимали доктора медицины: Фердинанд Юлианович Маткевич, Петр Иванович Мессарош, Семен Григорьевич Метт, Александр Александрович Грязнов и Александр Андреевич Сухарев [7].

Ф. Ю. Маткевич и П. И. Мессарош были выпускниками Императорского Московского университета, С. Г. Метт – Императорского университета святого Владимира (Киев). Нет сведений об оконченом высшем учебном заведении А. А. Грязновым и А. А. Сухаревым.

При вступлении в должность они имели следующие чины: действительного статского советника – Ф. Ю. Маткевич; статского советника – П. И. Мессарош, С. Г. Метт, А. А. Грязнов и А. А. Сухарев. Таким образом, один имел чин IV класса и четверо – V класса [7].

К моменту утверждения в должности томского губернского врачебного инспектора имели следующий стаж государственной службы: Ф. Ю. Маткевич – 39 лет, А. А. Сухарев – 29, С. Г. Метт – 23, А. А. Грязнов – почти 20, П. И. Мессарош – 16,5 лет.

Продолжительность службы в этой должности составила у П. И. Мессароша почти 10,5 лет (с 20.02.1903 г. по 5.06.1913 г.), у Ф. Ю. Маткевича – не многим более 7 (с 1.11.1895 г. по 4.01.1903 г.), у А. А. Грязнова – 1,5 (с 6.10.1914 г. по (...). 05.1916 г.), у С. Г. Метта – почти 1,5 года (с 13.06.1913 г. по 6.10.1914 г.), у А. А. Сухарева – 10 месяцев (3.05.1916 г. по (...). 03.1917 г.) [7].

Должность губернского врачебного инспектора Енисейского губернского управления за время его деятельности занимали: лекарь Петр Иванович Рачковский (как исправляющий должность), доктора медицины – Владимир Федорович Миропольский, Вениамин Александрович Белиловский, Василий Александрович Боровка [7].

Известно, что П. И. Рачковский окончил Императорскую медико-хирургическую академию (с 1881 г. – Императорская военно-медицинская академия). Выпускником этой академии был также В. А. Белиловский, который помимо этого учебного заведения еще окончил Императорский университет святого Владимира (Киев). В. Ф. Миропольский получил диплом Императорского Томского университета. Нет сведений о высшем образовании В. А. Боровка.

В чине статского советника (V класс) должность енисейского губернского врачебного инспектора заняли П. И. Рачковский, В. А. Белиловский и В. А. Боровка. Коллежского советника (VI класс) – В. Ф. Миропольский [7].

Они имели следующий стаж государственной службы на момент назначения: П. И. Рачковский – 19 лет, В. А. Белиловский – 17, В. А. Боровка – около 16, В. Ф. Миропольский – 13 лет.

Продолжительность службы на данном посту составила у П. И. Рачковского почти 12,5 лет (с 1.12.1895 г. по 31.03.1908 г.), у В. А. Белиловского – 3 (24.01.1911 г. по (...). 01. 1914 г.), у В. Ф. Миропольского – около 3 (31.03.1908 г. по 31.12.1910 г.), у В. А. Боровка – почти 2 года (4.05.1915 г. по (...) 03. 1917 г.) [7].

Иркутским губернским врачебным инспектором в интересующий период были доктора медицины: Николай Емельянович Маковецкий, Сергей Васильевич Виноградский, Василий Павлович Никитенко [7].

Н. Е. Маковецкий окончил Императорскую медико-хирургическую академию (с 1881 г. Императорская военно-медицинская академия), С. В. Виноградский и В. П. Никитенко – Императорский Московский университет.

При вступлении в должность начальника врачебного отделения Иркутского губернского управления имели чин статского советника – С. В. Виноградский и В. П. Никитенко, коллежского советника – Н. Е. Маковецкий [7].

Перед занятием должности у них был хороший опыт государственной службы. С. В. Виноградский более 22 лет, В. П. Никитенко – почти 16, Н. Е. Маковецкий – почти 15 лет.

Самое продолжительное время иркутским губернским врачебным инспектором отработал Н. Е. Маковецкий, почти 9 лет (с 3.12.1895 г. по (...).10.1904 г.). В. П. Никитенко – 7 лет (с 8.01. 1910 г. по (...).03.1917 г.), С. В. Виноградский – 5 лет (с 20.11. 1904 г. по 18.12.1909 г.) [7]. Стоит отметить, что В. П. Никитенко после Февральской революции 1917 г., упразднения губернского управления, ещё трудился на этом посту до 1921 г.

В целом с ноября – декабря 1895 г. по март 1917 г. в сибирских губерниях на должности губернского врачебного инспектора побывало в общей сложности 16 человек. В. П. Никитенко занимал это место дважды. В начале в Тобольском, а потом в Иркутском губернском управлении.

Все без исключения имели высшее медицинское образование. При этом В. А. Белиловский окончил два учебных заведения – Императорскую военно-медицинскую академию (Санкт-Петербург) и Императорский университет святого Владимира (Киев). Из 16 губернских врачебных инспекторов 14 имели учёную степень доктора медицины.

Сибирские губернские врачебные инспекторы обладали необходимым опытом службы для занятия данной должности. Многие из них продолжили службу, после сибирских губерний, в этом статусе в других регионах. Так, например, Н. Е. Маковецкий в Ярославской губернии, С. В. Виноградский в Приморской области, В. Ф. Миропольский в Забайкальской области, М. В. Милославский в Астраханской губернии, С. Г. Метт в Симбирской губернии, А. А. Грязнов в Орловской губернии.

Государственная служба сибирских губернских врачебных инспекторов сочеталась с активной общественной деятельностью в сфере здравоохранения. Они стремились, обладая глубокими медицинскими знаниями, участвовать в оказании соответствующей помощи населению. Иначе говоря, являясь чиновниками, не забывали о том, что они врачи.

В Енисейской губернии врачебные инспекторы принимали энергичное участие в деятельности Общества врачей, действовавшее с 1886 г. Оно сыграло большое значение в развитии охраны здоровья населения губернии. Под опекой енисейских губернских врачебных инспекторов находился Красноярский Владимирский детский приют. Они являлись его директором. Приют помог многим девочкам-сиротам получить образование и устроиться в жизни.

Доктор медицины В. А. Белиловский, до занятия должности енисейского губернского врачебного инспектора, отработал старшим врачом врачебных и фельдшерских пунктов Киргизской степи, Астраханской губернии. Боролся с чумой в Одессе и Средней Азии, с холерой в прикаспийских губерниях. Среди государственных отличий имел нагрудной знак с надписью: «Борьба с чумой». В годы Первой мировой войны работал старшим врачом лазарета № 3 Псковской

Алексеевской Общины сестер милосердия Российского общества Красного Креста [3].

Иркутский губернский врачебный инспектор, доктор медицины В. П. Никитенко внес огромный вклад в научное исследование природных лечебных свойств источников, сегодня широкого известного, курорта «Аршан» (Республика Бурятия) [9]. Это только некоторые дополнительные штрихи к профессиональному портрету сибирских губернских врачебных инспекторов.

Подводя итог, стоит отметить, что начальники врачебных отделений губернских управлений являлись опытными чиновниками, высококвалифицированными врачами, внесшими огромный вклад в развитие здравоохранения региона. Возглавляемые ими врачебные отделения сделали очень много для обеспечения санитарно-эпидемиологической безопасности населения Сибири.

### **Источники и литература / Sources and references**

1. Высочайше утвержденное мнение Государственного Совета 1 июня 1895 года о преобразовании губернских установлений ведомства Министерства Внутренних Дел в губерниях Тобольской, Томской, Енисейской и Иркутской и об утверждении штата означенных установлений. – Тобольск: губернская типография, 1895. – 50 с.
2. Государственный архив Томской области (ГАТО). – Ф. 3. – Оп.1. – Д. 383, 385.
3. Крайнюков П. Е., Абашин В. Г., Травин Н. О. Псковские Общины сестер милосердия Российского Общества Красного Креста и лазареты Пскова в годы Первой мировой войны // Центральный военный клинический госпиталь имени П. В. Мандрыка. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://2cvkg.ru/new/index.php/history/2146> (Дата обращения: 01.03.2021).
4. Палин А. В. Томское губернское управление (1895– 1917 гг.): структура, компетенция, администрация. Монография. – Кемерово: Кузбассвузиздат, 2004. – 188 с.
5. Полное собрание законов Российской империи (ПСЗ РИ). Соб-е III. – Т. 15. – Приложение к №11757. – СПб., 1899. – С. 170 – 173.
6. ПСЗ РИ. Соб-е III. – Т. 34. – отд-е I. – № 42034. – Петроград, 1917. – С. 636 – 639; Правительственный вестник. – 1914. – 6 авг. (№ 173).
7. Проанализировано нами на основании данных: Российский медицинский список, изданный Управлением главного врачебного инспектора Министерства внутренних дел. – СПб., 1896 – 1916; Список лиц, служащих по ведомству Министерства внутренних дел. Ч II. Губернии, области и градоначальства. – СПб., 1896 – 1914.
8. Российский государственный исторический архив (РГИА). – Ф. 1284. – Оп. 185. – Д. 12.
9. Сонголов В. И., Сизых Т. П. История, настоящее и будущее курорта «Аршан» // Сибирский медицинский журнал. – 2000. – Т. 23. № 4. – С. 79 – 82.

10. Список лиц, служащих по ведомству Министерства внутренних дел. 1908 года  
Ч II. Губернии, области и градоначальства. – СПб.: Тип. МВД, 1908. – Ч. II. –  
VIII, 899, XXVII с.

ШАЛАМОВ В. А.

**ОРГАНИЗАЦИЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ВСЕРОССИЙСКОЙ ЛИГИ БОРЬБЫ С  
ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ВОСТОЧНОЙ СИБИРИ**

*Кафедра истории России*

*Иркутского государственного университета, г. Иркутск*

SHALAMOV V. A.

**ORGANIZATION AND FUNCTIONING OF THE ALL-RUSSIAN LEAGUE FOR THE  
FIGHT AGAINST TUBERCULOSIS IN EASTERN SIBERIA**

*Department of Russian history*

*Irkutsk state University, Irkutsk*

*Аннотация:* В статье рассматривается деятельность общественной организации «Всероссийская лига борьбы с туберкулезом» в пределах Восточной Сибири в 1912-1918 гг. Изучаются способы привлечения общественности к проблеме.

*Ключевые слова:* история здравоохранения, история медицины в Сибири, Всероссийская Лига борьбы с туберкулезом, праздник белого цветка

*Abstract:* The article examines the activities of the public organization "All-Russian League for the Fight against Tuberculosis" in Eastern Siberia in 1912-1918. The ways of attracting public attention to the problem are studied.

*Keywords:* history of healthcare, history of medicine in Siberia, All-Russian League to Fight Tuberculosis, white flower festival

Во второй половине XIX – начале XX вв. в Восточной Сибири стремительно увеличивается заболеваемость туберкулезом. Причин этого было довольно много. Сибирь была краем каторги и ссылки, а репрессивная политика царской России из года в год набирала обороты. Успешно развивалась промышленность, практически свободная от законодательства, ограждающего жизнь и здоровье пролетариата. Резко выросло население городов при незначительном жилищном строительстве и невысоких навыках гигиены местного и пришлого населения. Эти и некоторые другие причины способствовали развитию этого тяжелого недуга. С 1902 г. по 1913 г. заболеваемость выросла в Енисейской губернии с 1418 до 3486, в Иркутской губернии с 2691 до 6653, в Забайкальской области с 392 до 2828, в Якутской области с 491 до 696 [4, с. 103-114]. Определенную роль в возрастании цифровых данных играло то, что росла численность медперсонала, регистрирующего заболевание. Однако это не снимает проблему. Наличие

некоторого количество скрытых больных только усиливало тревогу врачей. Стоит помнить, что рентгеновские аппараты в это время только входили в обиход и о массовом их применении речи не велось.

В 1909 г. была создана общественная организация «Всероссийская Лига борьбы с туберкулезом». С целью увеличения средств для борьбы с туберкулезом Лига использовала идею проведения дня «белого цветка» («белой ромашки»), родившуюся незадолго до этого в скандинавских странах. В России такой день впервые проведен в апреле 1910 г. Белая ромашка была избрана эмблемой борьбы, поскольку символизировала здоровое и чистое дыхание. Энтузиасты заранее изготавливали белые искусственные цветы и продавали их во время акции. Собранные средства обращались для помощи больным [1, с. 48-51].

В 1910 г. доктор М. О. Козьмин выступил на заседании Общества врачей Енисейской губернии с докладом «Туберкулез как народное бедствие, Лига борьбы с туберкулезом». После доклада была принята резолюция о вхождении в члены Лиги. Такие же мероприятия год спустя были проведены в Обществах врачей в Иркутске и Чите [9, с. 36].

Побуждаемые Всероссийской Лигой борьбы с туберкулезом Общества врачей, а также иные общественные организации и инициативные лица провели праздники белого цветка. Эстафету открыл Красноярск 5 мая 1911 г. В конце мая – начале июня мероприятия прошли в Ачинске, Минусинске, Верхнеудинске. 26 июля подключилась Чита. Иркутск долго раскачивался и организовал праздник только 21 сентября. Зато Иркутск дал самое красочное зрелище. Утром в зале городской думы собрались участники с цветами на руках. После молебствия выступил с речью о значении дня белого цветка генерал-губернатор Л. М. Князев. Вдохновленные им участники праздника прошествовали по центральным улицам города до памятника императору Александру III. В шествии участвовали дети в белых костюмах, шедшие попарно. В руках они несли дуги, украшенные цветами. Цветы (200-300 тыс.) развозили по городу на украшенных ромашками лошадях и автомобилях. Продажи организовали в цирке, театре, кинотеатрах и прочих общественных местах [6, с. 496].

Вскоре после этого мероприятия организаторы и устроители праздника выступили с инициативой присоединения к Всероссийской Лиге борьбы с туберкулезом. В течение 1912 г. были учреждены местные отделы Лиги в Енисейской и Иркутской губерниях и Забайкальской области. В Красноярске в качестве председателя выступил известный общественный деятель, врач В. М. Крутовский. В Чите бессменным лидером был санитарный врач Г. М. Криворучко. В Иркутске Общество формально возглавила Р. П. Никитина, а позднее М. Н. Князева, но его душой был врач П. И. Федоров.

Ежегодно члены Лиги проводили благотворительные акции в виде праздника белого цветка. Однако с каждым годом доходность мероприятия падала. Если в 1912 г. доход в Иркутске составил 14 тыс. руб., то в 1914 г. – 9 тыс.

руб. [6, с. 160, 191]. С началом Первой мировой войны мероприятие пошло на спад из-за многочисленности подобных акций.

Медицинские работники охотно занимались просветительской деятельностью. В Иркутске П. И. Федоров читал лекции под названием «Солнце и туберкулез», которые были изданы отдельной книжкой и широко распространялись в обществе. В Чите было выпущено около 2 тыс. экземпляров разной литературы: брошюры, листовки, плакаты на темы: «Туберкулез как народное бедствие и борьба с ним», «Положение о туберкулезе», «Как и зачем образовалась Всероссийская Лига борьбы с туберкулезом», листки Пироговского общества «О чахотке», «Программы для чтения лекций о туберкулезе», устав Лиги и т.д. Вся литература распространялась бесплатно по библиотекам, различным организациям (железнодорожные мастерские, курсы для учителей, почта) и среди населения. Эта работа способствовала распространению знаний о туберкулезе [5, с. 40-41]. В Красноярске читались бесплатные лекции. Например, в апреле 1914 г. такие лекции были прочитаны врачами Л. И. Либманом, В. А. Плесским, Я. Л. Гинцбургом, А. М. Хоммером, Н. Н. Рукиным и В. В. Хворовым на разных площадках, чтобы охватить различные части города (в основном в зданиях народных училищ) [2, с. 3].

Борьба с туберкулезом немыслима без медицинской помощи, поэтому уже на первых собраниях все участники высказались за то, чтобы на вырученные деньги открывались специальные учреждения. В Красноярске уже осенью 1911 г. в строй вступила специальная бесплатная амбулатория, организованная Обществом врачей. После открытия местного отделения Лиги амбулатория и деньги перешли в ее ведение. Заведовал амбулаторией доктор Л. И. Либман. Он не только лечил больных, но и пытался выявлять очаги активного туберкулеза, чтобы превентивно воздействовать на них. В городе существовало Общество попечения о начальном образовании, которое в летний период содержало специальную колонию для болезненных детей из бедных семей. Лига приходила на помощь Обществу, ассигнуя средства на питание. Также помогала и медицинскими силами. В 1916 г. была открыта собственная летняя санатория. В ней находилось 18 человек. Обсуждался также вопрос, поднятый Синельниковским обществом о призрении больных детей-сирот. На тот период проблему так и не решили за отсутствием средств. С конца 1913 г. действовало попечительство из волонтеров, которое помогало семьям больных туберкулезом в повседневных делах и уходе за туберкулезниками [3, с. 2-3].

В Чите собранных средств оказалось недостаточно для открытия амбулатории, поэтому члены Лиги обратились в Общество Красного Креста и в городскую думу с просьбой о допущении в их лечебницы больных туберкулезом бесплатно. В январе 1913 г. амбулаторию открыли в помещении, которое бесплатно предоставила городская больница. Бесплатный ежедневный прием в течение часа вел доктор М. А. Левитан. Ему помогали другие врачи, состоявшие в организации. Для больных амбулатории провизорами М. Я. Янкелевичем в

кабинете при Софийской аптеке и А. И. Меньших в лаборатории врачебного отделения производились бесплатные лабораторные исследования. Лекарства приобретались и выдавались больным за счет Забайкальского отдела Лиги по запискам врачей. Кроме этого, несколько человек было направлено на курортное лечение. Оказывалась материальная помощь для приобретения продуктов питания, найма жилья, кумысолечение. Предполагалось открыть санаторий. Был разработан и утвержден проект, но война прервала это начинание [5, с. 41-42].

В Иркутске добились более существенных результатов. С самого начала иркутские врачи взяли за основу новый тип учреждения, появившийся во Франции – диспансер. В ноябре 1912 г. в здании Михеевской аптеки была открыта специальная амбулатория. Работу в ней вел врач В. А. Ларин, получая за нее жалование. Ему помогал лаборант А. К. Виноградов. Медикаменты выдавались бесплатно. За два года было принято 1853 больных, сделавших 6983 посещения.

Диспансерный характер работы предполагал наблюдение за пациентами в местах их жительства. Создается попечительство, но с самого начала работа не ладилась. Первоначально удалось собрать 25 волонтеров для работы с семьями больных, но очень скоро энтузиазм погас. Нужны были люди с медицинскими познаниями. Однако таких было немного. В итоге пришлось пойти по пути найма фельдшера. За 1913 г. помощью попечителей воспользовалось 220 пациентов и их семей. Преимущественно помощь оказывалась продуктами питания (молоко, белый хлеб, сливочное масло, мясо, сало). 32 больных воспользовались уплатой за квартиры. Также выдавались деньги для похорон, на проезд в деревню или для лечения [7, с. 106].

С самого начала члены Лиги предполагали открыть особый приют-убежище для тяжелобольных. Как только начала работать амбулатория, попечители обнаружили большое количество таких больных, находящихся в последней стадии болезни. Их уже не принимали ни в какие больницы или богадельни, что лишало их возможности умереть в нормальных условиях. Они заканчивали свои дни в стесненных условиях в окружении здоровых людей, что создавало рассадники заболеваний. Чтобы оградить здоровых, было решено открыть специальное учреждение. С этой целью стали подыскивать дачу для туберкулезного санатория на 12-14 человек, но городская дума проект забаллотировала. Вместо этого стали выдавать по примеру красноярцев небольшие суммы для летних детских колоний.

Вскоре на помощь пришел местный купец В. К. Бревнов, предложивший купить у него на льготных условиях обширную усадьбу на окраине города. На усадьбе было два двухэтажных здания, сад, огород и серия надворных построек. Городские власти прирезали к участку дополнительную землю, что позволяло учреждению со временем расширяться. В апреле 1913 г. приют-убежище для туберкулезных больных-хроников был открыт на Малой Ланинской улице в доме №23. Попечительский совет во главе с доктором А. Д. Болотовым

пришлось приложить немалые силы для развертывания учреждения. В качестве врача согласился работать бесплатно А. О. Фрайфельд. Консультантом по заболеваниям горла также бесплатно стал А. Д. Болотов. Лаборантом был А. К. Виноградов. Кроме того, пригласили обслуживающий персонал. Большую услугу приюту оказали члены Лиги Н. И. Замятина и Г. И. Русанов, которые зачастую за свой счет оборудовали учреждение всем необходимым. Приют был рассчитан на 16 пациентов. За 1913 г. было принято 79 человек, из которых 37 умерло (учреждение изначально предназначалось для тяжелых умирающих больных). Пять человек было переведено в Кузнецовскую больницу для производства искусственного пневмоторакса. Несколько человек выписалось со значительными улучшениями [8, с. 148]. Таким образом, учреждение стало давать первые положительные результаты. Члены Лиги предполагали открытие еще нескольких учреждений, но начавшаяся в 1914 г. война перечеркнула их планы.

В годы Первой мировой войны часть членов местных отделений Лиги борьбы с туберкулезом оказалась на фронте. Они уже не могли играть существенную роль в общественной работе. Их коллеги, оставшиеся в тылу, вынуждены были выполнять обязанности мобилизованных товарищей. Население заметно обеднело и с каждым разом все неохотнее участвовало в праздниках белого цветка. Собираемых средств едва хватало для существующих учреждений. Информации об их деятельности крайне мало. После установления советской власти большевики стали сворачивать старые общественные учреждения и национализировать их имущество. Весной 1918 г. настала очередь местных отделений Лиги борьбы с туберкулезом. Их имущество и оставшиеся средства перешли в медицинские отделы совдепов.

Казенная система здравоохранения в дореволюционное время практически не имела специальных учреждений для борьбы с социальными болезнями. В советское время было принято начинать историю диспансеров с окончанием Гражданской войны. Однако во внимание совершенно не брался опыт общественных организаций, которые еще до революции отработали методы работы с такими социальными заболеваниями, как туберкулез, сифилис, трахома. С этой точки зрения первые тубдиспансеры в Восточной Сибири появляются в 1912 г.

### **Источники и литература / Sources and references**

1. Гончарова С. Г. К истории Всероссийской Лиги для борьбы с туберкулезом (1909-1917) // Здравоохранение Российской Федерации. – 2010. – №5.
2. Енисейская мысль: газета (Красноярск). – 1914. – 25 апр.
3. Енисейская мысль: газета (Красноярск). – 1917. – 19 янв.
4. Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России за 1913 год. – Пг.: Тип. Петрогр. т-ва печ. и изд. дела «Труд», 1915. – 333 с.

5. Попека Н. В. 100 лет Забайкальского отдела Всероссийской Лиги борьбы с туберкулезом // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Забайкальского края на 2012 год / Ред.-сост. Г. И. Погодаева. – Чита: Чит. тип., 2012. – С. 39-42.
6. Романов Н. С. Летопись города Иркутска за 1902-1924 гг. – Иркутск: Вост.-Сиб. кн. изд-во, 1994. – 560 с.
7. Сибирская врачебная газета: газета (Иркутск). – 1914. – №8.
8. Сибирская врачебная газета: газета (Иркутск). – 1914. – №11.
9. Сибирская врачебная газета: газета (Иркутск). – 1914. – №15.

ГРЕНТИКОВА И. Г., МАЛЬЦЕВ М. Д.

**ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ИСТОРИИ СТАНОВЛЕНИЯ  
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В ДОРЕВОЛЮЦИОННОЙ РОССИИ**

*Кафедра фармации*

*Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово*

GRENTIKOVA I. G., MALTSEV M. D.

**ECONOMIC ISSUES OF THE HISTORY OF THE FORMATION OF HEALTH  
INSURANCE IN PRE-REVOLUTIONARY RUSSIA**

*Department of pharmacy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

*Аннотация:* Понятие и механизм функционирования медицинского страхования в России в начале рыночных реформ 1990-х появились не впервые. В России исторически накоплен значительный опыт становления и развития медицинского страхования, что представляет интерес для исследования.

*Ключевые слова:* медицинское страхование, история, финансовые ресурсы.

*Abstract:* The concept and mechanism of functioning of health insurance in Russia at the beginning of market reforms of the 1990s did not appear for the first time. Russia has historically accumulated significant experience in the formation and development of health insurance, which is of interest for the study.

*Keywords:* medical insurance, history, financial resources.

Медицинское страхование является важнейшей формой социальной защиты населения национального государства. В России данный процесс накладывается не только на существенную разницу в уровне социально-экономического развития регионов, как субъектов Федерации, но и разницу между территориями внутри региона. Например, в Кемеровской области особое значение имеет решение проблем снижения значительных внутрирегиональных контрастов, разрывов и отклонений в социально-экономическом развитии [1].

Система обязательного медицинского страхования в России обычно рассматривается как относительно новая, период действия которой начался в 1991 г. одновременно с принятием закона «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». Однако российское медицинское страхование имеет свою историю. В опубликованных исследованиях обосновываются различные этапы развития медицинского страхования. На наш взгляд, интересен дореволюционный этап, который можно также разделить на несколько частей.

**Целью исследования** является изучение экономических вопросов истории становления медицинского страхования в дореволюционной России, основанное на архивных материалах Государственного архива Кемеровской области.

### **Материалы и методы исследования**

Материалы: архивные материалы Государственного архива Кузбасса; свободно размещённая в сети интернет информация; экспертные заключения, свободно размещённые в сети интернет. Методы: общенаучный (логический анализ, системный анализ), статистический (сравнение); экспертные оценки.

### **Результаты и их обсуждение**

В 1861 году был принят первый законодательный акт, вводивший элементы обязательного страхования в России. При казенных горных заводах были созданы товарищества, а при товариществах – вспомогательные (больничные) кассы. Участниками таких касс при горных заводах были рабочие, которые вносили взносы в кассу в размере от двух до трёх процентов заработной платы. Из сформированных финансовых ресурсов выдавались пособия по временной нетрудоспособности работников; участникам товарищества и их семьям назначались пенсии, принимались вклады и выдавались займы [2].

Как видим, в одной структуре было сосредоточено несколько функций: социальная, пенсионная, кредитная. Чуть позже владельцам фабрик и заводов было предписано создавать больницы при объектах своей собственности.

Период с июня 1903 года по июнь 1912 года характеризовался как начало введения финансового механизма обязательного медицинского страхования.

В 1903 году был принят закон о вознаграждении граждан, потерпевших вследствие несчастного случая, рабочих и служащих, а равно членов их семейств на предприятиях фабричной, заводской, горной и горнозаводской промышленности. Работодатель отвечал за ущерб, причинённый здоровью при несчастных случаях на производстве, предусматривалась обязанность собственника производства и казны выплачивать пострадавшим или членам их семей компенсации в виде пособий и пенсий. Были созданы первые страховые товарищества, в функции которых входила защита работодателей от потерь при выплатах своим работникам. В свою очередь, работники фабричной, заводской, горной и горнозаводской промышленности отчисляли часть средств в пользу страховых товариществ. Финансовый механизм медицинского страхования

изменился в связи с вступлением работодателей в состав участников целевого фонда.

В 1912 году были принят ряд законов о страховании рабочих на случай болезни, несчастных случаев, а также учреждении присутствий по делам страхования рабочих и об утверждении совета по страхованию рабочих. Медицинская помощь за счёт средств владельцев заводов и фабрик оказывалась участнику больничной кассы в четырех видах: первоначальная помощь при внезапных заболеваниях и несчастных случаях; амбулаторное лечение; родовспоможение; стационарное лечение с полным содержанием больного.

Система страхования распространялась на работников крупных заводов, фабрик, горнодобывающих, судоходных, железнодорожных предприятий. Страхование не применялось в строительстве, сельском хозяйстве, торговле и не распространялось на прислугу и временных работников. Существовали также региональные различия в использовании страховой медицины.

После Февральской революции 1917 года Временным правительством в системе обязательного медицинского страхования были введены определённые изменения: расширено число застрахованных лиц; дано право больничным кассам объединяться в общие кассы без получения согласия работодателя и страхового присутствия (окружные, общегородские больничные кассы); повышены требования к самостоятельным больничным кассам по числу участников (не менее 500 человек); введено полное самоуправление больничных касс работников без участия работодателя.

Внимание иностранного капитала к географическому региону, территория которого в настоящее время является Кемеровской областью, возросло в 1912–1913 гг. Накануне Первой мировой войны недалеко от Кемерово открылись угольные копи уральского «Богословского горнозаводского АО», связанного с французским капиталом [3].

В октябре 1912 года было учреждено акционерное общество Кузнецких каменноугольных копей (с 1 июня 1917 года – Кузнецкое каменноугольное и металлургическое общество), которое положило начало промышленному освоению географической территории Кемеровской области в дореволюционной России.

Акционерные общества были в дореволюционной России важнейшим институтом рыночной экономики, позволявшим накапливать необходимый для ведения бизнеса ресурс. В то же время, учитывая большое количество занятых в производственном процессе, а также риски, связанные с горнопромышленным производством, возникала необходимость использования существующих инструментов страховой медицины [4].

На территории современного города Кемерово в дореволюционной России не было медицинских учреждений, способных оказывать качественную медицинскую помощь. Все значимые медицинские учреждения располагались на географической территории современной Томской области.

Анализ архивных документов Государственного архива Кемеровской области позволяет сделать вывод о том, что среди врачей Томской общегородской Больничной Кассы были участковые врачи, дежурные разъездные врачи, осуществлялся общий приём по женским болезням, по ушным, носовым, горловым болезням, по глазным болезням. Амбулаторный приём осуществлялся по внутренним болезням, по детским болезням, по хирургическим болезням, по зубным болезням, по женским болезням, по глазным болезням. Аптека Больничной Кассы выдавала лекарства только участникам кассы в часы амбулаторного приёма. Кроме того, участники больничной кассы могли получать бесплатно лекарства по рецептам, снабжённым печатью кассы. Каждый участник Больничной Кассы должен был иметь на руках удостоверительный талон. Без предъявления талонов больные не могли пользоваться медицинской и лекарственной помощью [5].

На собрании служащих Управления акционерного общества Кузнецких каменноугольных Копей, состоявшегося 14 апреля 1917 года, было принято решение «о принятии расходов по лечению служащих и их семей за счёт Акционерного Общества Кузнецких каменноугольных копей» [6].

Управляющие АО «Копикуз» в служебных записках экономически обосновывали необходимость принятия расходов медицинского страхования. Например, в одной из таких служебных записок, была составлена смета на проведение операции на глазах у подземного рабочего и последующее лечение в Томске, в качестве обоснования указывался стаж работника, производительность труда, а также некоторые социальные характеристики.

### **Выводы**

Формирование системы обязательного медицинского страхования в России проходило в несколько этапов. Зарождение элементов социального страхования и страховой медицины в России началось еще в XVIII – начале XIX веках, когда на первых капиталистических производствах появились первые кассы взаимопомощи. История медицинского страхования в современной России насчитывает уже почти 30 лет. С 1993 года медицинское страхование существует в двух формах: обязательном и добровольном.

### **Источники и литература / Sources and references**

1. Соколовский М. В., Грентикова И. Г. Влияние внешнеэкономической деятельности на неравномерность внутрирегионального развития (на примере Кемеровской области) // Вестник Кемеровского государственного университета. 2012 . – № 1 (49). – С. 285-289.
2. История обязательного медицинского страхования в России [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://foms74.ru/doc/novosti/istoriya-obyazatel'nogo-medicinskogo-strahovaniya-v-rossii> (Дата обращения: 23.01.2021).
3. Варнаков Ю. Международные связи Кузбасса: Кемерово, 1964. – С . 38.

4. Грентикова И. Г. Вопросы становления внешнеэкономической деятельности Кемеровской области и развития механизма управления ею // Научно-методический электронный журнал Концепт. 2014. – Т 20. – С. 1371-1375.
5. Государственный архив Кузбасса ОДФ 13. Оп. 1. Д. 26. Л. 14.
6. Государственный архив Кузбасса ОДФ 13. Оп. 1. Д. 20.

ШИЛОВСКИЙ М. В.

**МЕДИКИ В СОСТАВЕ ВРЕМЕННОГО  
СИБИРСКОГО ПРАВИТЕЛЬСТВА (1918 – 1919 гг.)**

*Институт истории СО РАН, г. Новосибирск*

SHILOVSKIY M. V.

**MEDICAL WORKERS IN THE PROVISIONAL  
SIBERIAN GOVERNMENT (1918 – 1919)**

*Institute of History, SB RAS, Novosibirsk*

*Аннотация:* Анализируется профессиональная деятельность и участие в качестве руководителей ведомств в работе контрреволюционного Временного Сибирского правительства в 1918 – 1919 гг. медиков. Обращается внимание на эволюцию их общественно-политических взглядов и партийную принадлежность.

*Ключевые слова:* медики, профессора, Временное Сибирское правительство, социальный катаклизм 1917 – 1920 гг., репрессии, министр, товарищ министра.

*Abstract:* The article analyzes professional activities of medical workers and their participation as heads of agencies in the work of the Provisional Siberian Government in 1918-1919. The author pays attention to the evolution of their social and political views and party affiliation.

*Keywords:* medical workers, professors, Provisional Siberian Government, social cataclysm of 1917-1920, repression, minister, deputy minister.

В силу своей специализации медицинские работники в меньшей степени оказываются вовлеченными в общественно-политическую жизнь и социальные катаклизмы по месту проживания и работы. Тем не менее, они, в силу ряда причин, становятся активными участниками этих проявлений общественной жизни и вооруженного противостояния. Об этом на уральском материале писал Г. Н. Шапошников [7, с. 292 – 298].

В данном случае речь пойдет о медиках, занимавших руководящие посты (министры и товарищи (заместители) министров) в антибольшевистском Временном Сибирском правительстве (ВСП). Оно функционировало в качестве «верховного органа управления Сибирью» с 30 июня до 3 ноября 1918 г., передав свои полномочия и большую часть руководящего состава Временному Всероссийскому правительству (ВВП), просуществовавшему формально до 4 января 1920 г.

Среди руководителей различных ведомств медиками по образованию и практической деятельности были П. Я. Михайлов (1889 – 1920), А. А. Грацианов (1865 – 1931), И. П. Законов (1868 – 1935), В. М. Крутовский (1856 – 1938), В. Н. Саввин (1874 – 1933). Пожалуй, наиболее известным из них в профессиональном и политическом отношении являлся Владимир Михайлович Крутовский. Сын бывшего крепостного, выбившегося в купцы, он окончил петербургскую медико-хирургическую академию и вернулся в Сибирь. Работал хирургом в Ачинске и Красноярске, продвигался по служебной лестнице, получив в 1898 г. чин статского советника. Как врач пользовался известностью, много сделал для развития здравоохранения в Енисейской губернии. При его деятельном участии организуется Общество врачей (1886), Красноярская женская фельдшерская школа (1889). В 1903-1907 гг. Крутовский редактировал первое специализированное издание в регионе – «Сибирские врачебные ведомости». Его перу принадлежит ряд брошюр и книг по медицине [3, 4].

Всю свою жизнь мой герой занимался активной общественной и просветительской деятельностью, являясь членом фактически всех общественных организаций Красноярска. Как общественный деятель, он был сторонником сибирского областничества и входил в ближайшее окружение Г. Н. Потанина. В мае 1905 г. на заседании Общества врачей в Красноярске Владимир Михайлович предложил создать общесибирскую земскую думу, а затем избран руководителем местной организации Сибирского областного союза. После Февральской революции он возглавил в Красноярске коалиционный комитет, потом был назначен комиссаром Временного правительства по Енисейской губернии. Одновременно стал руководителем Красноярского союза областников-автономистов. Его губернаторская карьера оборвалась 29 октября 1917 г., когда большевизированный Красноярский Совет рабочих и солдатских депутатов взял власть в городе в свои руки.

В конце 1917 г. В. М. Крутовский становится одним из руководителей антибольшевистского движения в регионе. На нелегальном заседании Сибирской областной думы в конце января 1918 г. он избирается в состав Временного правительства автономной Сибири (ВПАС – авт.) в качестве министра здравоохранения. Впервые его фамилия появляется под декларацией Временного Сибирского правительства от 4 июля 1918 г. «О государственной самостоятельности Сибири». Однако в составе ВСП он особой активности не проявлял, хотя возглавлял ключевое министерство внутренних дел и являлся одновременно заместителем председателя кабинета. Его руководитель П. В. Вологодский 25 июля 1918 г. записал в дневнике: «Владимир Михайлович Крутовский уехал из Омска под видом служебной поездки в Красноярск. Говорю «под видом», потому что мне всегда казалось, что этот чисто культурный работник привык быть впереди своего любимого дела и роль министра в коллегии правительства его тяготила. Он, говорят, среди своих приятелей за чашкой чая зло высмеивал своих коллег и иронизировал над прениями в Совете Министров.

Боюсь, как бы он вовсе не сбежал. Он недостаточно активен, как министр, но он достаточно популярен своей моральностью и тем, что он ни мало претерпел за время царского правительства. Пребывание его в составе Сибирского правительства придает последнему моральный вес» [1, с. 66]. Сам В. М. Крутовский, давая показания чрезвычайной следственной комиссии 4 сентября 1918 г., пояснил: «Я подавал председателю Совета министров П. В. Вологодскому два раза прошения от должности министра и снятия с меня этих обязанностей» [2, Л. 1].

В конечном счете, мой герой вместе с М. Б. Шатиловым и Г. Б. Патушинским, ориентировавшиеся на областнические круги, были удалены из ВСП. В Красноярске Владимир Михайлович, в редактируемом им журнале «Сибирские записки» и через руководимый им Союз областников-автономистов, пытался изображать оппозицию колчаковскому режиму. Его колоссальный авторитет позволил относительно спокойно пережить опасный для бывших контрреволюционеров период восстановления советской власти. В последующем он трудился как врач, преподавал и директорствовал в созданной им фельдшерской школе. В период массовых репрессий был арестован и скончался в тюрьме в возрасте 82-х лет.

Коллегой Крутовского по Временному Сибирскому правительству и консультантом по медицинской части его главы П. В. Вологодского был Александр Алексеевич Грацианов. Они могли познакомиться в Томске, где в начале XX в. жили и работали: Вологодский адвокатом (присяжным поверенным), Грацианов городским санитарным и частнопрактикующим врачом. Являлись активными членами «потанинского кружка», неформального объединения, отнесенного Н. С. Ларьковым к «группам давления» [5, с. 206],

Александр Алексеевич в 1894 г. окончил медицинский факультет Томского университета, тогда единственного в вузе. В 1898 г. был избран председателем Общества попечения о начальном образовании, а затем гласным городской думы. После знаменитого томского погрома 20 – 22 октября 1905 г. в ходе проведения судебно-медицинских экспертиз в отношении погибших доктор Грацианов «заносил в протокол вскрытия физические причины смерти, указывая у многих погибших пулевые и штыковые раны. Это послужило поводом убрать его от вскрытия, и отставления от должности в 24 часа» [9, с. 68], а черносотенцы записали его в крамольники [9, С. 76].

После Февральской революции, в июле 1918 г. его назначают товарищем министра внутренних дел ВСП, а через год, после выхода в отставку, избирают городским головой Томска. В правительстве мой герой сменил на посту В. М. Крутовского. Глава кабинета министров П. В. Вологодский следующим образом отзывался о своем коллеге: «В управление министерством внутренних дел вступил новый министр А. А. Грацианов, человек большой инициативы и редкой трудоспособности, но без достаточно широкого кругозора» [1, с. 66].

Среди омских руководителей он примыкал к правым, выступающим за установление единоличной диктатуры и вытеснения их ВСП ориентирующихся на эсеров. По подозрению в организации государственного переворота в сентябре 1918 г. был задержан контрразведкой Чехословацкого корпуса. Возглавлял городскую думу Томска вплоть до освобождения города от белых.

В декабре 1919 г. Политцентр арестовал А. А. Грацианова в Иркутске и на процессе по делу колчаковских министров в Омске 30 мая 1920 г. его приговорили к пожизненному заключению. Впоследствии был привлечен советскими властями к исполнению обязанностей заведующего санитарно-эпидемиологического отдела и начальника санитарного управления отдела здравоохранения Сибревкома. За большой вклад в ликвидацию эпидемий в январе 1923 г. был амнистирован. В последующем работал санитарным врачом Сочинского курортного управления, в 1927 г. вновь был арестован и выслан в г. Шадринск, где до смерти заведовал санитарно-эпидемиологическим подотделом горисполкома.

Пожалуй, наиболее заслуженным в области медицины из рассматриваемой пятерки являлся Витт Николаевич Саввин. Выпускник медицинского факультета Московского университета, экстраординарный (1909), ординарный (1912) профессор по кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии Томского университета, участник Русско-японской войны (февраль 1904 – октябрь 1905 г.). Саввин был одним из организаторов открытия в Томске Сибирских высших женских курсов (СВЖК – авт.), в 1912 – 1913 гг. возглавлял их. В 1915 – 1916 гг. находился в служебной командировке в Москве, где выполнял обязанности инспектора распределительных госпиталей Московской городской думы. По своим политическим взглядам примыкал к кадетам, в 1917 г. входил в состав местной организации партии.

Пик его служебной карьеры приходится на время социального катаклизма 1917 – 1920 гг. В 1916 – 1917, 1920 – 1922 гг. Витт Николаевич работал деканом медицинского факультета, в 1917 – 1918 гг. проректором Томского университета, с сентября 1922 по апрель 1929 ректором ТГУ. С сентября по ноябрь 1918 г. исполняет обязанности помощника управляющего Министерства народного просвещения Временного Сибирского правительства, с мая по декабрь 1919 г. товарища министра народного просвещения с сохранением должности ординарного профессора. После окончания Гражданской войны Саввин вместе с профессором М. Г. Курловым возглавлял коллегия и Сибирский ученый совет Сибздрава. «Увлеченный идеей индустриализации, В. Н. Саввин прервал научно-педагогическую деятельность и переехал в Челябинск где стал организатором строительства огромного больничного городка на Челябинском тракторостроении» [6, с. 100 – 101].

В. М. Крутовский, А. А. Грацианов и В. Н. Саввин в поименованной выше пятерке являлись известными и популярными врачами, совмещающими профессиональную деятельность или на время отстранившись от нее, для участия

в политических процессах, в частности, на руководящих постах в министерствах ВСП. Двое остальных: И. П. Законов и П. Я. Михайлов, получив медицинское образование или обучаясь, целиком погрузились в политику.

Иван Петрович Законов в 1894 г. окончил медицинский факультет Томского университета, и некоторое время проработал врачом, потом занялся юриспруденцией: мировой судья, член Омской судебной палаты и товарищ председателя Омского окружного суда. Являлся членом народно-социалистической партии. После Февральской революции избирается в состав Омского коалиционного комитета, а затем Временным правительством назначается исполняющим обязанности комиссара по Степному генерал-губернаторству. С сентября 1917 г. входил в состав правления кооперативного объединения «Центросибирь». Через год избирается гласным Омской городской думы. С ноября 1919 г. Законов работал старшим врачом Омской больничной кассы и заведующим её врачебно-санитарного отдела. После освобождения Омска от белых Иван Петрович арестован по обвинению в контрреволюционной деятельности, но в начале 1920 г. был освобождён в связи с отсутствием компрометирующих материалов. С сентября этого года и вплоть до смерти он заведовал кафедрой судебной медицины Омского медицинского института. Он не был членом ВСП, но в середине июня 1918 г. Западно-Сибирским комиссариатом рассматривался в качестве кандидата в состав Омского областного комиссариата.

Косвенное отношение к медицине имел Павел Яковлевич Михайлов, который после окончания городского училища в 1905 – 1906 гг., вольнослушателем учился на медицинском факультете Томского университета. Более внушительно выглядит его вклад в общественно-политическую жизнь региона в качестве одного из эсеровских лидеров. Михайлов вел партийную работу в Иркутске, Красноярске, Кургане, Омске. Отбывал каторгу в тюрьмах Нерчинского каторжного комплекса, дважды бежал из якутской ссылки. В 1916 г. он осел в г. Мариинске, работал инструктором в кооперации. В том же году вошел в руководящее ядро «Сибирского союза социалистов-революционеров», воссозданного на нелегальной конференции в Мариинске в марте 1916 г.

В 1917 г. мой герой возглавлял томскую городскую организацию ПСР, был избран депутатом Всероссийского Учредительного собрания от Томской губернии. С начала 1918 г. входил в состав Западно-Сибирского комиссариата, в июле-августе того же года являлся товарищем министра внутренних дел Временного Сибирского правительства. Летом 1919 г. вошел в руководящий орган воссозданного Сибирского союз эсеров, выступившего за прекращение гражданской войны, образование буферного государственного образования в Сибири и на Дальнем Востоке с целью не допустить установление здесь советской власти. 24 декабря 1919 г. колчаковцами был арестован и убит в числе 31-го арестованного на озере Байкал.

Последний штрих к групповому портрету, кратко охарактеризованных выше лиц. За исключением П. Я. Михайлова, в течение длительного времени

входившего региональный эсеровский актив, остальные не имели четкой партийной ориентации. А. А. Грацианов эволюционировал от социал-демократов к народным социалистам, а затем к левому крылу Партии народной свободы (кадеты – авт.). Законов в 1917 г. примыкал к народным социалистам, а В. Н. Саввин к кадетам. Пожалуй, наиболее соответствующей политическим воззрениям Грацианова, Законова, Саввина была политическая платформа В. М. Крутовского еще в 1906 г. позиционировавшего ее следующим образом: «...Я ни каким политическим партиям не принадлежу и политической программы у меня нет. Моя же личная программа широко демократична, я буду держаться интересов народа, интересов крестьянства и рабочих трудящихся масс» [8, С. 122].

### **Источники и литература / Sources and references**

1. Вологодский П. В. Во власти и в изгнании: Дневник премьер-министра антибольшевистских правительств и эмигранта в Китае (1918 – 1925 гг.). – Рязань: Частный издатель П. А. Трибунский, 2006. – 619 с.
2. Государственный архив Новосибирской области (ГАНО). Ф. п. 5. Оп. 2. Д. 1568. Л. 1.
3. Крутовский В. М. Очерки современного состояния сельской врачебной помощи в Енисейской губернии. – Томск, 1902.
4. Крутовский В. М. Ши́ра как местный лечебный курорт. – Томск, 1896.
5. Ларьков Н. С. О роли «потанинского кружка» в консолидации антибольшевистских сил в Сибири // История белой Сибири: материалы 6-й междунар. науч. конф. / ред. С. П. Звягин. – Кемерово: Кузбассвузиздат, 2005. – С. 206 – 211.
6. Ректоры Томского университета: Биографический словарь (1888 – 2003). – Томск: Изд-во Том. ун-та, 2003. – 188 с.
7. Шапошников Г. Н. Власть и врачи в 1917 – 1918 гг. // Вопросы всеобщей истории. 2017. № 19. С. 292 – 298.
8. Шиловский М. В. «...Я буду держаться интересов народа» // Шиловский М. В. Судьбы, связанные с Сибирью: Биографические очерки. – Новосибирск: ИД «Сова», 2007. – С. 119 – 133.
9. Шиловский М. В. Томский погром 20 – 22 октября 1905 г.: хроника, комментарий, интерпретации. – 2-е изд. – Новосибирск: Параллель, 2019. – 160 с.

ШАПОШНИКОВ Г. Н.

**ПЕРВЫЙ ОБЛАСТНОЙ СЪЕЗД УРАЛА ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ**

*Кафедра истории, экономики и правоведения*

*Уральского государственного медицинского университета, г. Екатеринбург*

SHAPOSHNIKOV G. N.

**THE FIRST URALS REGIONAL HEALTH CARE CONGRESS**

*Department of history, economics and law*

*Ural state medical university, Ekaterinburg*

***Аннотация:** В статье анализируются сложные отношения большевиков и медицинской интеллигенции в первые месяцы советской власти на Урале, которые наглядно проявились в работе Первого областного съезда здравоохранения. Автор положительно оценивает значение съезда, поскольку были разработаны первые программы охраны здоровья населения и борьбы с эпидемиями. При этом он отмечает, что большевики на руководствовались классовым подходом к вопросам народного здоровья, что способствовало переходу медицинской интеллигенция к белому движению.*

***Ключевые слова:** врачи, медицина, революция, советская власть, идейно политический раскол в среде медицинской интеллигенции, региональная система здравоохранения.*

***Abstract:** The article analyzes the complex relations between the Bolsheviks and the medical intelligentsia in the first months of Soviet power in the Urals, which were clearly manifested in the work of the First Regional Health Congress. The author positively assesses the importance of the congress, since the first programs for protecting public health and combating epidemics were developed. At the same time, he notes that the Bolsheviks were not guided by a class approach to issues of public health, which contributed to the transition of the medical intelligentsia to the white movement*

***Keywords:** doctors, medicine, revolution, Soviet power, ideological and political split among the medical intelligentsia, regional health care system.*

В современной отечественной историографии продолжает главенствовать мнение о том, что в ходе революции 1917 г. врачи поддержали большевиков. При этом, особо подчеркивалась роль В.И. Ленина, первого наркома здравоохранения РСФСР Н. А. Семашко в строительстве новой советской системы здравоохранения и привлечении медицинских сил на сторону новой власти [1, 2, 3]. Данная тенденция – уделять внимание только достижениям, характерна и для уральских исследований, как для обобщающих трудов, так и для статей, посвященным отдельным событиям истории медицины края [4].

**Цель исследования**

Автор пытается раскрыть процессы политической дифференциации в медицинской среде в ходе революции 1917 г. и первых месяцев советской власти. На примере полемики между представителями уральских советов и врачами на первом областном съезде Урала по здравоохранению, который прошел в мае

1918 г., показать негативное отношение местных властей к медицинской общественности, и на основе этого объяснить, почему большинство врачей края в ходе гражданской войны поддержали белые правительства.

### **Методы исследования**

Для исследования заявленной темы использованы методы исторической ретроспекции и идеографии, которые позволяют раскрыть особенности полемики, которая проходила на съезде, отразить позиции и аргументы сторон.

### **Результаты и их обсуждение**

В ходе политической борьбы в октябре 1917 г. к власти пришли большевики. Новая власть, выдвинула большую программу преобразований, которую они определили, как социалистическую. В качестве одной из первоочередных задач большевики провозгласили и охрану здоровья трудящихся. Для осуществления этой программы, в июне 1918 г. был создан наркомат здравоохранения РСФСР во главе с Н. А. Семашко. Новому наркомату еще предстояло создать новую систему государственного здравоохранения.

Работа нового наркомата, помимо всего прочего, затруднялась тем, что народное здравие в это время, пребывало в системном кризисе, а в медицинской среде страны в начале 1918 г. наблюдался социальный раскол. После разгона Учредительного собрания большинство представителей российского врачебного сообщества не признавало новую власть.

Как врачи Урала отнеслись к приходу большевиков к власти и их первым преобразованиям в области охраны здоровья?

В 1917 г. на Урале было создано новое административное образование – Уральская область, в январе 1918 г. был избран ее Облисполком, началось формирование местных комиссариатов (труда, транспорта, юстиции, просвещения, военного и др.). В марте 1918 г. в Екатеринбурге был образован областной комиссариат здравоохранения, который возглавил доктор Н. А. Сокович. С первых дней существования сотрудники органов здравоохранения пытались организовать работу медико-санитарных служб региона. Деятельность органов здравоохранения началась с национализации лечебных заведений и ликвидации ведомственной медицины. В феврале – марте 1918 г. на Урале были распущены городские думы и земства, вопросами здравоохранения стали заниматься местные советы, при которых были созданы медико-санитарные отделы или коллегии здравоохранения. Этим губернским и уездным органам были переданы все лечебные учреждения земств, городов, общества Красного Креста, и других ведомственных и общественных организаций. Общее руководство ими осуществлял Уральский комиссариат здравоохранения. С первых шагов он пошел по пути предоставления бесплатной медицинской помощи для беднейших слоев населения. Весной 1918 г. был издан соответствующий декрет [5]. Но для реального осуществления

этого декрета у местной власти не было соответствующих средств, материальных ресурсов. Положение усугублялось острой нехваткой медперсонала, особенно врачей специалистов. Так, в 1917 – нач. 1918 гг. на весь Южный Урал приходилось всего 38 врачей. В Башкирии насчитывалось 7 врачей, 2 стоматолога, 87 фельдшеров [6]. В Пермской и Екатеринбургской губерниях работало по несколько десятков врачей. Можно сказать, что это был самый сложный период за всю историю уральской медицины

Весной 1918 г. проходила демобилизация старой армии, и на Урал стали возвращаться фронтовики, они завезли эпидемии туберкулеза, тифа, венерических заболеваний. Как отмечали документы тех лет, массовое распространение сифилиса идет от солдат, прибывающих с фронта, но остановить эту эпидемию невозможно, т.к. медикаментов, кадров, финансов для этого в наличие не имеется. В это время сифилис и алкоголизм превратились в социальную, общегосударственную проблему, на Урале целые деревни и заводские поселки оказались инфицированы кожно-венерологическими заболеваниями. Врачи предлагали создавать особые бараки для больных сифилисом, вводить карантин для холерных и тифозных больных, создавать эпидемические отряды, но средств для этого не было. Такое положение было повсеместно, и на первом месте в уральских уездах в оказании медицинской помощи вышли народное врачевание и знахарство [7].

Экономические проблемы регионального здравоохранения дополнялись социальными и политическими. Как и в стране, на Урале уже в первые месяцы существования советской власти выявился идейный и политический раскол медицинского персонала. На сотрудничество с новой властью, пошла определенная группа медиков края, особенно фельдшера. Многие из них были убежденными большевиками, другие увидели новые возможности социальных лифтов и карьеры, но большинство медиков края заняли выжидательную политику по отношению к Советам, придерживаясь принципа, что «медицина вне политики». Коллективы больниц сосредоточили все усилия на элементарном выживании.

Одним из первых начинаний Уральского областного комиссариата здравоохранения было привлечение медицинского персонала на сторону советской власти. Для этого была сделана попытка собрать областной съезд медицинских работников в Екатеринбурге уже в марте 1918 г. Попытка не удалась, на съезд прибыл только один депутат от Ирбита, другие медики игнорировали призывы новой власти [8].

Принцип «медицина вне политики» трактовался большевиками, как саботаж по отношению к новой власти. Взаимное недоверие проявилось на Первом областном съезде врачей, который проходил в Екатеринбурге 15 – 26 мая 1918 г.

На него приехал 131 делегат со всего Урала. По профессиональному составу делегаты составляли: 49 врачей, 7 стоматологов, 29 фельдшеров, 11 фармацевтов,

1 сестра милосердия. Остальные были рабочие, крестьяне, служащие советских органов. Съезд предполагал обсудить проблемы регионального здравоохранения, разобраться в эпидемической обстановке, наметить программу развития медико-санитарного обеспечения населения. Одной из ведущих задач съезда оставалось привлечение на сторону советской власти медицинских работников.

Пестрый политический и профессиональный состав делегатов, способствовали дискриминационным мерам по отношению к врачам. По решению мандатной комиссии, они получили право только совещательного голоса, тогда как советские управленцы и представители советов – имели право решающие голоса (из 131 делегата право решающего голоса имели только 86).

Первым докладом в повестке стал вопрос о политическом моменте, который зачитал товарищ (т.е. помощник) областного комиссара здравоохранения, Хирин. В нем докладчик обрушился на интеллигенцию, которая, якобы, игнорирует все мероприятия советской власти и обвинил врачей региона в саботаже. До революции медицина служила эксплуататорским классам и буржуазии, – отметил докладчик, – но медицина не аполитична, врачи должны активно участвовать в новом, социалистическом строительстве и задача съезда привлечь врачей на службу пролетариату и крестьянству. Для этого рабочие и крестьяне все вопросы здравоохранения взять в свои руки, подобно тому, как они взяли власть политическую [22]. Эти положения дополнил в своем содокладе областной комиссар здравоохранения, доктор Н. Сокович, который заявил, что областной комиссариат здравоохранения находится в тяжелейшем положении, причем главная причина этого – саботаж и враждебное отношение врачей к советской власти.

Делегаты врачи не согласились с мнением руководителей съезда и говорили, что саботажа врачей нет, а съезд должен перейти к обсуждению важных проблем уральского здравоохранения. Врачи должны выполнять свой профессиональный долг при любой власти. Представители земской медицины заявили, что они всегда служили народу [9]. Эти заявления вызвали гневную отповедь большинства делегатов. По мнению части делегатов, пролетарского доверия к врачам нет, они должны быть привлечены к работе в порядке трудовой повинности и под контролем пролетарских масс [10].

В прениях по докладу о политическом моменте победили представители советов. Они потребовали, что бы в резолюции съезда было записано, что интеллигенция сохраняет отрицательное отношение к советской власти, врачи должны быть привлечены к работе не основе трудовой повинности. Особо в документе подчеркивалось, что в первую очередь должны быть удовлетворены медицинские потребности только рабочих и крестьян [11].

Такая оценка деятельности медиков вызывала отрицательную реакцию делегатов врачей. Последние организовали свою секцию и выдвинули требования предоставить им право решающего голоса, наравне с делегатами от советских организаций. На третий день работы съезда с особым заявлением выступил врач

Диц, который возглавил врачебную секцию. Он отметил, что врачи считают себя полноправными участниками съезда и готовы работать на пользу населения. В интересах населения – говорил Диц – необходим контакт и сотрудничество врачей с советской властью, и врачи могут помочь новым властям своим знанием и опытом, они должны лечить все население, а не только рабочих и крестьян. К сожалению, два дня работы съезда – продолжил докладчик, – создали атмосферу злобных наветов и резолюции съезда будут возбуждать население против врачей. Для нормальной работы съезда необходимо отказаться от оскорблений, – отметил Диц, – необходимо начать обсуждение главных проблем охраны здоровья населения.

Это разумное предложение было отклонено. По настоянию большинства делегатов, врачи были лишены права решающего голоса. В ответ, врачи приняли решение покинуть съезд. После этого ультиматума, делегаты обвинили врачей в саботаже и оскорблении советской власти, председатель Н. А. Сокович предложил арестовать Дица и всех, кто уйдет со съезда, закрыть профсоюз врачей в г. Екатеринбурге [12]. Вспыхнувшая полемика и взаимные обвинения продолжались еще день, часть делегатов обвинила руководство съезда в полицейском давлении на присутствующих и покинула съезд. В результате компромисса 29 врачей получили право решающего голоса и съезд, наконец, приступил к обсуждению деловых вопросов. Накал политических пристрастий был таковым, что на решение политических вопросов потребовалось три из 10 рабочих дней съезда.

Одним из важных вопросов, обсуждавшийся на съезде был вопрос об амбулаторном лечебном деле. Больницы закрывались из-за недостатка средств, полного отсутствия кадров и медикаментов. Было принято решение, что земские больницы надо сохранять при любых условиях. Медикаменты должны доставляться по железным дорогам, как сверхсрочный груз [13].

Самой острой проблемой была признана борьба с эпидемиями. Было отмечено, что эпидемии – бич региона, они распространяются быстро и, если не принять срочных мер, то целые уезды будут поражены инфекционными заболеваниями. Среди таких мер были рекомендованы: создание эпидемических отрядов по образцу фронтовых, организация венерологических, тифозных барачков и карантинных. Эти изоляторы должны быть организованы комиссарами местных советов т.к. у больниц для этого нет средств. Первоначальной мерой посчитали срочное определение очагов инфекций в области, и налаживание постоянной связи между уездами и областным центром, поскольку эпидемии распространяются очень быстро. Все средства, выделяемые органами здравоохранения должны идти, в первую очередь, на борьбу с эпидемиями, а во вторую – на оплату медперсонала и содержание больниц [14].

По вопросам организации новой системы здравоохранения и регионального управления лечебными учреждениями, все делегаты были едины: необходимо срочное объединение всех видов лечебных заведений под единое начало и

создание единой системы региональной системы здравоохранения. Для этого, при областном и губернских советах необходимо создать коллегии здравоохранения, которые должны возглавить фельдшера и представители рабочих и крестьян. Помимо коллегий во всех губерниях и уездах должны работать комиссариаты здравоохранения во главе с комиссаром, который входил в состав исполкома совета данной местности. Комиссариаты и коллегии образовывали отделы здравоохранения всех уровней от области до волости. Все лечебные заведения подлежали национализации и сведения их в систему единого регионального здравоохранения [15].

В заключительном слове, которое сделали председатель съезда Н. А. Сокович и его заместитель Лазорин, отмечалось, что несмотря на жесткую полемику, все вопросы были разрешены. При этом, областное руководство утвердилось во мнении, что врачи остались противниками советской власти. Это мнение высказал председатель съезда Н. А. Сокович, который заявил, что противники советской власти под лозунгом аполитичности пытались захватить съезд, но им был дан отпор, и сейчас необходимо удовлетворить самые насущные элементы по охране здоровья рабочих и крестьян. Именно рабочие и крестьяне, а не буржуазия, закончат детальную проработку всех медицинских вопросов [16].

В целом, съезд имел определенное значение для развития регионального здравоохранения. Делегаты подтвердили курс на централизацию всего лечебного дела. Исходя из местных возможностей, были предложены рациональные меры по борьбе с эпидемиями, подготовке медицинских кадров из фельдшеров, обсуждены конкретные программы развития курортного лечения в крае, обсужден проект устава профсоюза врачей. По разному сложились и судьбы главных полемистов съезда: комиссара здравоохранения Н. А. Соковича и врача Дица. Первый не успел эвакуироваться в ходе захвата г. Екатеринбурга белыми в июне 1919 г., был арестован и погиб, а врач Диц приветствовал приход белых и вступил в Сибирскую армию.

### **Выводы**

Региональные историки явно преувеличивали значение областного съезда [17, 18]. В 1917 – 1918 гг. уральское здравоохранение, как и медицина всей страны, находилось в глубоком системном кризисе, одним из его проявлений стало недоверие новой власти к медицинской интеллигенции. Решения съезда остались декларативными и потому, что, через несколько дней после его окончания, на Урале вспыхнула крупномасштабная гражданская война, и вопросы народного здоровья для региональных властей отошли на второй план.

Полемика, развернувшаяся на съезде, высветила ряд социо-культурных противоречий российской действительности начала XX вв. Недоверие советских управленцев к врачам и обвинения их в саботаже отражали глубокий разрыв между народом и интеллигенцией в России того времени. В огульных обвинениях земской медицинской общественности в том, что они не лечили народ, а только

буржуазию – проявилось глубинное противоречие между городским и сельским населением России, а также низкая политическая культура новой власти. Наконец, полемика, развернувшаяся на съезде, показала, что советские власти в 1917 – 1923 гг. в вопросах медицины руководствовались принципом классового подхода. Такое видение общественной роли здравоохранения активно проводили в жизнь и центральные органы (руководство страны, работники НКЗ РСФСР) и местные, региональные власти. На примере работы уральского областного съезда очевидно, что идея предоставления медицинских услуг только трудовому народу шла от регионов, еще до образования НКЗ. Недоверие советской власти к медицинской общественности привели к тому, что большинство уральских врачей на первом этапе гражданской войны оказалось на стороне антибольшевистских правительств.

### **Источники и литература / Sources and references**

1. Чазов Е. И., Блохин Н. Н., Лидов И. П. 70 лет Советского здравоохранения (1917 – 1987). – М.: Медицина, 1987.
2. Сорокина Т. С. История медицины. – М.: Медицина, 2009.
3. 50 лет советского здравоохранения. 1917 – 1967. – М.: Медицина, 1967.
4. Становление государственной системы здравоохранения на Среднем Урале. К 90-летию уральского комиссариата здравоохранения и 10-летию министерства здравоохранения Свердловской области. 1918 – 2008 гг. – Екатеринбург, 2008. – 76 с.
5. Государственный архив Свердловской области (далее – ГАСО). Ф. 64. Оп. 1. Д. 7. Л. 5.
6. Кулагина А. А., Становление советского здравоохранения в Башкирии 1917 – 1941 гг. Краткий исторический очерк. – Госполитиздат. Баш. АССР, Уфа, 1990. – 64 с.
7. ГАСО. Ф. 62. Оп. 2. Д. 18. Л. 22 – 23.
8. ГАСО. Ф. 62. Оп. 2. Д. 18. Л. 7.
9. ГАСО. Ф. 62. Оп. 2. Д. 18. Л. 3 об.
10. ГАСО. Ф. 62. Оп. 2. Д. 18. Л. 4.
11. ГАСО. Ф. 62. Оп. 2. Д. 18. Л. 10.
12. ГАСО. Ф. 62. Оп. 2. Д. 18. Л. 13.
13. ГАСО. Ф. 62. Оп. 2. Д. 18. Л. 25, 27.
14. ГАСО. Ф. 62. Оп. 2. Д. 18. Л. 34 – 35.
15. ГАСО. Ф. 62. Оп. 2. Д. 18. Л. 39.
16. ГАСО. Ф. 62. Оп. 2. Д. 18. Л. 50 – 51.
17. Первейшая задача съезда осуществлена полностью // Медицина и здоровье. 2008, №6, (26).
18. Гудошников Ф. Ф., Новоселов Р. С. Из истории становления советского здравоохранения на Урале // Советское здравоохранение. 1968. № 1.

КОКОУЛИН В. Г.

**МЕДИЦИНА И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ  
В НОВОНИКОЛАЕВСКЕ-НОВОСИБИРСКЕ  
В ГОДЫ НОВОЙ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ**

*Сибирский университет потребительской кооперации, г. Новосибирск*

KOKOULIN V. G.

**MEDICINE AND HEALTHCARE  
IN NOVONIKOLAEVSK-NOVOSIBIRSK  
IN THE YEARS OF THE NEW ECONOMIC POLICY**

*Siberian University of Consumer Cooperation, Novosibirsk*

***Аннотация:** В статье анализируются основные факторы, определявшие развитие медицины и здравоохранения в Новониколаевске-Новосибирске в годы новой экономической политики. Автор приходит к выводу о том, что реальное положение дел расходилось с декларируемыми принципами по объективным причинам.*

***Ключевые слова:** новая экономическая политика, НЭП, медицина, здравоохранение, Сибирь, Новониколаевск, Новосибирск.*

***Abstract:** The article analyzes the main factors that determined the development of medicine and healthcare in Novonikolaevsk-Novosibirsk during the years of the new economic policy. The author comes to the conclusion that the real state of affairs differed from the declared principles for objective reasons.*

***Keywords:** new economic policy, NEP, medicine, healthcare, Siberia, Novonikolaevsk, Novosibirsk*

**Цель исследования**

Здравоохранение в годы новой экономической политики сочетало в себе два компонента – медицинскую помощь для трудящихся за счёт медицинского страхования рабочих и служащих и платной медицины для имущих классов. Советское государство объявило основой своего благосостояния народное здоровье. Однако для того, чтобы медицина стала общедоступной, необходимо было решить комплекс проблем: развитие сети лечебных учреждений, обеспечение их квалифицированными врачами и младшим лечебным персоналом, увеличение финансирования медицины и здравоохранения, насыщение аптечной сети необходимыми лекарствами и т.д. В данной статье анализируется развитие здравоохранения и медицинского обслуживания в «столице Сибири» – Новониколаевске (с 1926 г. – Новосибирске) с целью выявить специфику данного процесса на примере одного из сибирских городов.

**Материалы и методы исследования**

Основой для исследования послужили документы (протоколы, отчёты, приказы, текущая переписка, докладные записки, сметы и т.п.) из фондов

«Управления уполномоченного Наркомата здравоохранения РСФСР по Сибири (1919–1925)», «Отдела здравоохранения Запсибкрайисполкома (1925–1937)», «Отдела здравоохранения Новосибирского окрисполкома (1925–1930)», а также документы из фондов Сибревкома, Сибкрайисполкома и Новониколаевского губисполкома.

Данные материалы исследовались с применением сравнительно-исторического метода, который позволил выявить общее и особенное в развитии медицины и здравоохранения в Новониколаевске-Новосибирске, а также выделить этапы данного процесса в различные периоды новой экономической политики (1921–1929).

### Результаты и их обсуждение

Истории медицины и здравоохранения в годы новой экономической политики в нашей стране посвящено лишь несколько публикаций, среди которых можно выделить статью А. А. Гуменюка о развитии советского здравоохранения в 1917–1941 гг., автор которой на основе анализа законодательных документов показал, как в нашей стране стала создаваться государственная система здравоохранения, основанная на принципах единства управления, вседоступности, бесплатности и квалифицированности услуг, предупредительности заболеваний, самодеятельности трудящихся и санитарного просвещения [4].

Имеется также несколько работ, посвящённых развитию этой отрасли на примере конкретных регионов [1, 9, 10]. Разумеется, на подобной основе невозможно сделать обобщающие выводы относительно развития медицины в стране в целом, однако сопоставление данных по этим регионам с Новониколаевском-Новосибирском позволяет выявить некоторые общие закономерности и проблемы.

Лечебная сеть Новониколаевска в первые годы нэпа была достаточно скромной. В 1921 г. в городе имелась хирургическая больница на 125 коек (из них 25 глазных и 15 женских), терапевтическая больница на 100 мест, больница переселенческого пункта с таким же количеством кроватей, небольшая кожно-венерическая больница, детская и детская заразная больница, родильный приют. Амбулаторная сеть города в конце 1921 г. включала амбулаторию в помещении бывшей участковой больницы на углу улиц Урицкого и Рабочей (заведующий М. П. Востоков) с 5 кабинетами; амбулаторию на три кабинета по проспекту Сталина, 6 (заведующий А. А. Станкеев); Закаменскую амбулаторию на Инской улице на два кабинета (заведующий В. А. Мартынова-Давыдова). Мощность всех амбулаторий была рассчитана на 11 приёмов. В начале 1922 г. помощь на дому осуществлялась только одним врачом Полянским, к концу 1922 г. их было уже двое – Чехова и Агузина [7, с. 114; 5, с. 373, 374].

Следует отметить, что численность населения города в это время достигала 67–69 тыс. человек. То есть имеющаяся сеть была явно недостаточной для

полноценного обеспечения населения медицинской помощью. Не удивительно, что больницы постоянно были переполнены, а население зачастую прибегало к помощи разного рода «знахарок».

Однако, если сравнить сметы на разные расходы в Новониколаевской губернии в первые два года нэпа, то можно увидеть, что финансирование медицины, санитарной и ветеринарной служб увеличилось по сравнению с 1913 г. (с 52 917 руб. до 71 883 руб.), в то время как расходы на содержание госпредприятий, благоустройство, народное образование, общественное призрение и пр. значительно снизились [3, ф. Р-1052, оп. 1, д. 357, л. 89–90]. Связано это было с тем, что в это время сибирские города столкнулись с масштабными эпидемиями, на борьбу с которыми были брошены все усилия медицинского персонала [6].

Фактор борьбы с эпидемиями следует учитывать при анализе финансирования медицины. Более того, борьба с эпидемиями оказалась приоритетной задачей по сравнению с развитием медицинского обслуживания населения и отвлекала немалые средства, что значительно тормозило развитие этой отрасли.

Тем не менее, лечебная сеть постепенно, хотя и достаточно медленно, развивалась. В 1923–1924 гг. был организован пункт помощи на дому. Город был разделён на 4 участка, врачей обеспечили конным транспортом. Пункт разъездной помощи размещался на Рабочей улице, в бывшей участковой больнице. В 1924 г. на базе разъездной помощи на дому открылся пункт скорой помощи, тоже на конном транспорте. Первый главный врач помощи – М. В. Лапков, затем главным врачом стала А. Г. Петухова. В 1924 г. была открыта первая амбулатория врачей-специалистов по улице Рабочей. Приёмы велись утром и вечером, всего 15 приёмов (главный врач М. П. Востоков). Расширилась Закаменская амбулатория до 5 приёмов. Была открыта амбулатория на мясокомбинате на три приёма. В 1925 г. была построена новая амбулатория напротив Центрального рынка на 12 приёмов (главный врач А. И. Астафьев, затем М. Ф. Пастухова [5, с. 373, 374].

Однако если сравнивать обеспеченность медицинской помощью в расчёте на тысячу горожан, то с учётом быстрого роста населения в городе (в 1923 г. – 74 600 человек, в 1926 – 120 000, в 1931 г. – 180 067 человек), следует признать, что обеспеченность медицинской помощью снижалась.

Особенно обострилась эта проблема в связи с переводом сибирских учреждений из Омска в Новониколаевск летом 1921 г. В сентябре 1921 г. заведующий губздравом В. И. Волков писал отчаянные докладные председателю Новониколаевского губисполкома, сообщая о недостаточности койко-мест в больницах города и перегруженности немногочисленного медицинского персонала [3, ф. Р-1133, оп. 1, д. 92, л. 8]. Аналогичные докладные записки поступали и в последующие годы и даже обсуждались на пленумах Новониколаевского губисполкома [2, 1923. 2 июня]. Но реальных возможностей кардинально улучшить ситуацию в городе ни губздрав, ни губисполком не имели.

Так, если в 1923 г. горожан обслуживали 2 зубных амбулатории, то в 1927 г. их стало 8. Однако для нормального уровня обслуживания необходимо было 12 амбулаторий [3, ф. Р-343, оп. 1, д. 19, л. 12].

Пленум Новосибирского горсовета 28 июня 1927 г. заслушал отчётно-перспективный доклад городского отдела здравоохранения. В ходе обсуждения выступавшие жаловались на то, что крестьянам, которые приезжали в город за 200 вёрст, отказывали в приёме к врачу и назначали явиться через 2 месяца и более. В городе же получали качественную медицинскую помощь только 20 % населения [3, ф. Р-1959, оп. 1, д. 94, л. 26].

В 1928 г. в штате амбулатории на Обском проспекте числилось всего 2 разъездных врача, которые должны были посетить в день 10 больных (12 – в период эпидемии). Однако число вызовов в день доходило до 30, то есть врачей было в 3 раза меньше необходимого количества. В итоге, двум третьим из числа вызывавших врача на дом в оказании медицинской помощи отказывалось [7, с. 117].

Секция здравоохранения Новосибирского горсовета, обсуждая 10 апреля 1928 г. борьбу с эпидемиями, отмечала плохое техническое состояние больничных зданий, требующих частых ремонтов; переполнение больниц и содержание в них сверхместных коек большого числа хронических больных и частые отказы в приёме больных; очереди и отказы в амбулаториях и перегрузку врачей; недостаточное количество белья и постельных принадлежностей (особенно одеял и халатов); недостаточный отпуск средств на питание больных и недостаточные хозяйственные нормы в лечебных заведениях; перегрузку и очереди в рентген-кабинетах; слабый охват населения разъездной и зубоврачебной помощью; скудное лекарственное снабжение застрахованных [3, ф. Р-343, оп. 1, д. 41, л. 57].

Следующей серьёзной проблемой была обеспеченность медицинскими материалами и лекарствами. В отчётах лечебного подотдела Новониколаевского губисполкома в 1922 г. отмечалось, что если в городе ещё как-то можно найти медикаменты, то в сельской местности ни хирургического инструмента, ни лекарств просто нет [3, ф. Р-1133, оп. 1, д. 484, л. 87].

В 1923 г. в местной газете «Большевик» сообщалось, что в советских аптеках на полках стоят «одни пустые бутылки», поскольку медикаментов нет. В двух зубных амбулаториях города (на Коммунистической улице в центре и в Закаменской части города) врачи пользовались старым инструментом, а материалов для пломбирования зубов катастрофически не хватало [2, 1923. 19 янв., 27 марта].

Частные же аптеки снабжали в первую очередь тех, кто мог заплатить больше за лекарства, то есть «имущие слои населения», для которых медицинская помощь была платной.

Отметим, что аналогичную картину можно было наблюдать и в других регионах страны [9].

Третьей проблемой, препятствовавшей развитию медицины и здравоохранения в городе стал перевод в первые годы нэпа на хозрасчёт крупных предприятий с запретом собирать с них дополнительные налоги, в том числе и на обязательное медицинское страхование. Правда, в конце 1922 г. обязательное медицинское страхование рабочих и служащих было всё же введено, что хотя бы теоретически могло обеспечить трудящихся бесплатной медицинской помощью. Но вскоре последовал перевод социальной сферы на финансирование из местного бюджета, в итоге произошло сокращение ремонта больниц и амбулаторий, ухудшение снабжения медицинскими материалами и медикаментами, снижение заработной платы врачей и медицинского персонала.

В конце 1923 г. была введена плата за амбулаторное и стационарное лечение с «имущего» класса. С остальных такая плата не взималась, кроме хирургического и зубного кабинетов. Но там плата была установлена достаточно высокая. В хирургическом кабинете плата установлена в размере 1 руб. золотом за первое посещение и 50 коп. за повторное. В зубном кабинете за первое посещение – совет и успокоение боли взимается 50 коп. золотом, повторное посещение – 25 коп. золотом. В лечебных кабинетах плата установлена в таком размере. Хирургическая койка стоит 3 руб., гинекологическая – 2 руб. 50 коп., глазная – 2 руб. и терапевтическая – 2 руб. [8, 1924. 9 янв.].

Президиум Новониколаевского уездного исполкома 3 ноября 1922 г. обсуждал схему развёртывания больниц в уезде и изыскание для этого необходимых средств и материалов. Было решено, что реализовать эти планы можно только по мере поступления необходимых средств. Одновременно была отменена плата за отпускаемые медикаменты и отменены договоры аренды для медицинских учреждений. Но при этом лечение оставалось платным, а для того, чтобы выплатить зарплату медицинским работникам, было решено потребовать от местных лечебных заведений заключить коллективные договора на оплату этого жалования за счёт оплаты приёма больных [3, ф. Р-1960, оп. 1, д. 69, л. 27].

Бесплатность лекарства также оказалась относительной. В городских аптеках после того, как больные предъявляли специальные билеты (сейчас бы их назвали сертификатами) для бесплатного получения лекарств, «вдруг» выяснялось, что на них не стоит печать амбулатории или учреждения, в котором застрахован больной. А поскольку расстояния до амбулатории или места работы составляли от 2 до 4 вёрст, то больные вынуждены были платить наличными за возможность получения «бесплатного» лекарства [2, 1923. 1 янв.]

Также было затруднено получение денег из страховых касс предприятий. Страховые кассы ежемесячно получали от учреждений и предприятий соответствующие денежные взносы и должны были выплачивать расходы рабочим и служащим за время лечения. Но они старались экономить на таких выплатах. Так, в 1923 г. одна из сотрудниц Сибпромвоенторга заболела. Когда она выздоровела, страховая касса должна была компенсировать ей 39 руб. 34 коп. в червонном исчислении. Ей пришлось несколько раз прийти в страховую кассу, но в

итоге она получила всего лишь 19 руб. 43 коп. При этом все средства в страхкаассу рабочие перечисляли исправно [8, 1924. 13 янв.].

Следует заметить, что подобные проблемы отмечались и в других регионах страны [10].

И, наконец, ещё одной проблемой для населения, связанной уже не непосредственно с финансированием и количеством лечебных заведений и амбулаторий, была организация медицинской помощи. Местные газеты пестрят сообщениями о плохой организации и о случаях «головотяпства» в работе больниц, амбулаторий, врачей и медицинского персонала. Приведём наиболее вопиющие случаи.

В одной из жалоб в редакцию газеты «Советская Сибирь» сообщалось, что одному гражданину спилили 11 зубов. Когда же он обратился в губздрав с просьбой вставить искусственные зубы, ему ответили, что он, по молодости в зубах не нуждается [8, 1924. 9 марта].

В статье «Легко устранимая мелочь» газета «Советская Сибирь» возмущалась: «В первой хирургической больнице в приёмной для больных нет стульев и всего-навсего одна скамья на 5 человек, а больных всегда в приёмной – 15–20 человек. Больные часто приходят в 9–10 часов, а приём начинается в 12 часов, 2–3 часа приходится больным выстаивать на ногах. Вешалки нет никакой. Больной, идя в кабинет врача, раздевается и бросает верхнюю одежду на пол, где все ходят» [8, 1924. 13 дек.].

Одна из пациенток 3-й городской больницы негодовала: «Во время моей болезни я решила обратиться в 3-ю городскую больницу. Там меня приняли доктор Давыдова и меня поместили в 4-е отделение. Перед тем, как уложить в камеру, мне предложили ванну. Оказалось, что ванна находится в мужской уборной и во время мытья туда не раз заглядывали мужчины. В одной капле воды, в нечистой ванне меня вымыли вместе с ещё одной больной Кудашкиной. И это делается в больнице! Далее, “вымывши” нас, указали койку, которая помещалась в мужской палате. Когда я попробовала отказаться лечь вместе с мужчинами фельдшер Судаков мне грубо заявил: “Вы должны были раньше знать, что пришли в больницу. Не ораторствуйте, тут вам не собрание!” <...> После 10 уколов мне стало очень плохо. Пришёл другой врач и заявил мне, что уколы назначены мне ошибочно и что мне нужно идти к другому врачу, по нервным. Пошла я туда, а мне назначили электризацию, но кабинет был ещё не готов. Болезнь не ждёт и я решила посещать соседнюю амбулаторию на Холодильнике. Там определили у меня новую болезнь – заболевание печени. Я подчинилась советам врачей и принимала новое прописанное мне лекарство. Но от каждого приёма у меня начинались сумасшедшие боли во всём теле и через некоторое время я окончательно слегла в постель. 3 месяца меня так “лечили”, я почти умирала. Решила больше никуда не ходить. С тех пор, как я не посещаю больницы, мне стало гораздо лучше» [8, 1924. 25 дек.].

Правда, следует признать, что и те, кто обращался за медицинской помощью, зачастую попросту раздражали врачей и медицинских работников. Так, в газете «Советская Сибирь» под рубрикой «Будни Сибстолицы» корреспондент газеты описывал такую ситуацию: «“Русские очень любят лечиться”, – сказал один иностранец. Это чрезвычайно верная черта 90 % русских. Эта слабость – полечиться не только повышает потребление скипидара, горчицы, но отражается на положении лечебного дела. По наблюдениям и отзывам работников амбулаторий, любители полечиться дают увеличение числа их пациентов. В амбулаториях всегда можно наблюдать завсегдатаев. Есть пациенты, которые посещают амбулаторию почти ежедневно. Более склонные из этой категории любителей полечиться – женщины, ходят в амбулаторию и по пути на базар, с корзиной. Придя в амбулаторию, они долго в ней засиживаются и ведут оживлённые беседы со страдающими теми же недугами. Часто они остаются в амбулатории и после приёма у врача. Их тянет в амбулаторию как в своего рода клуб. Врачам одним чрезвычайно трудно бороться с этой болезнью. Для врача легче написать такой больной рецепт на слабительное, чем иметь с ней длительные разговоры. Но такая тактика укрепляет в сознании любителя полечиться мысль, что он болен. С этой болезнью нужно бороться. Нужно любителей полечиться сразу же разоблачать перед ними же самими. Это разгрузит амбулаторию и даст экономию для лечения действительно больных» [8, 1927. 9 марта]. Перечень подобных примеров можно продолжить.

### **Выводы**

Несмотря на то, что советская медицина декларировала бесплатность и доступность для трудящихся классов, строилась на базе развития профилактики заболеваний и улучшения санитарно-гигиенического просвещения, реальные условия, с которыми столкнулась страна в годы новой экономической политики, не позволяли реализовать эти принципы. Главными факторами, определявшими развитие медицины и здравоохранения были преодоление последствий революций и Гражданской войны в санитарно-эпидемиологической сфере, борьба с то вспыхивавшими, то затухавшими эпидемиями в годы новой экономической политики, проблемы со стабильным финансированием, а также «классовый» принцип обеспечения медицинской помощью. Действие этих факторов наглядно проявилось в «столице Сибири» – Новониколаевске-Новосибирске, быстро растущем городе, имевшем в связи со своим статусом (и, главным образом, из-за наличия общесибирских органов управления) некоторые дополнительные возможности развивать медицину и здравоохранение. Сравнение с другими регионами страны позволяет прийти к выводу, что данные тенденции не были локальными или региональными, а были присущи развитию медицины и здравоохранения в годы новой экономической политики в стране в целом.

## Источники и литература / Sources and references

1. Белоусова О.В. Проблемы восстановления системы здравоохранения Ишимского уезда (округа) в 1920-е гг. // Вестник Ишимского гос. пед. ун-та им. П.П. Ершова. –2014.– № 2 (14).– С. 23–28.
2. Большевик (Новосибирск).
3. Государственный архив Новосибирской области (ГАО).
4. Гуменюк А.А. Развитие советского здравоохранения в 1917–1941 гг. // Сборники конференций НИЦ Социосфера (Прага). –2013. –№ 33. – С. 125–141.
5. История города. Новониколаевск-Новосибирск: Исторические очерки. Новосибирск, 2005. –Т. 1.
6. Кокоулин В. Г. Эпидемии и борьба с ними в Новониколаевске-Новосибирске в годы новой экономической политики // Сибирский архив. –2020. –№ 3 (5). –С. 118–139.
7. Красильникова Е. И. Жизнь в городе-акселерате: обеспечение потребностей новосибирцев в межвоенное время (конец 1919 – первая половина 1941 г.).– Новосибирск, 2008. – 254 с.
8. Советская Сибирь (Новониколаевск, Новосибирск).
9. Чупрынников С. А. Становление советской системы здравоохранения на Кубани в начале 1920-х гг. // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 1: Регионоведение: философия, история, социология, юриспруденция, политология, культурология. –2010.– № 1. –С. 64–69.
10. Яхутль Ю. А. Развитие здравоохранения в период нэпа в Кубано-Черноморской области // Теория и практика общественного развития.– 2011. – № 3. – С. 295–297.

МИНГАЗОВ И. Ф.

### **НЕКОТОРЫЕ ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БОРЬБЫ С МАЛЯРИЕЙ В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Научно-методический отдел ФБУН «Новосибирский НИИ гигиены»  
Роспотребнадзора, г. Новосибирск*

MINGAZOV I. F.

### **SOME HISTORICAL ASPECTS OF THE FIGHT AGAINST MALARIA IN THE NOVOSIBIRSK REGION**

*Scientific and Methodological Department of the Novosibirsk Research Institute of  
Hygiene of Rospotrebnadzor, Novosibirsk*

*Аннотация:* В статье освещается история борьбы в Новосибирской области с заболеваемостью малярией.

*Ключевые слова:* малярия, противомаларийная станция, малярийные комары, профилактика.

*Abstract: The article highlights the history of the fight against the incidence of malaria in the Novosibirsk region.*

*Keywords: malaria, antimalarial station, malaria mosquitoes, prevention.*

**Цель исследования** – ретроспективный анализ результатов работы противомаларийных станций по профилактике заболеваемости населения малярией в Новосибирской области.

**Материалы и методы исследования** – основная работа проведена по изучению архивных материалов противомаларийных станций, которые в последствии были присоединены к санитарно-эпидемиологическим станциям. Исследованы литературные источники и научные данные по заболеваемости населения малярией.

### **Результаты и их обсуждение**

По данным Всемирной организации здравоохранения в 2018 году малярией заболело 228 миллионов человек, из которых 85% приходится на африканский регион и Индию. По оценкам ВОЗ в 2018 году смертность от малярии составила 405000 человек. Для профилактики малярии принимаются значительные усилия направленные на борьбу с переносчиками инфекции, расширение объемов противомаларийных средств, расширение производства противомаларийных сеток, увеличение объемов диагностического тестирования и лечения, оптимизация системы эпиднадзора за малярией. Общие затраты на проведение всех мероприятий по снижению заболеваемости и смертности от малярии оценивается в 5 млрд. долларов[2].

По данным Федерального центра гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора в 2020 г. в Российской Федерации было впервые выявлено 58 заболевших малярией что составило 0,04 на 100 тыс. населения (в 2019 г. – 108 случаев или 0,07 на 100 тыс. населения).

Однако такая благополучная ситуация с заболеваемость малярией была не всегда и в истории Новосибирской области также имеются периоды, когда наблюдался значительный подъём заболеваемости малярией населения. В России после первой мировой войны начался рост уровня заболеваемости малярией. В связи с широким распространением малярии в начале XX в. были предприняты меры по научному обоснованию борьбы с распространителями малярии –13 видов комаров, принадлежащих роду *Anopheles* [3]. Значительной рост заболеваемости населения малярией был обусловлен ростом числа комаров. В 1924 году был издан декрет о борьбе с малярией и создан институт протозойных заболеваний и химиотерапии им. Марциновского для руководства работой по борьбе с малярией. Так по данным Айзина М. Л. «За 8 месяцев 1925 года на Сибирской железной дороге был зарегистрирован 13641 случай свежей малярии, в том числе, в Татарске – 557 случаев, а в Купино заболело 82 процента населения. 36 % водников Обского пароходства страдали малярией». Постепенно, начиная с

1921 г. в стране разрасталась сеть противомаларийных станций – в начале всего десятки, а к 1952 году уже функционировали 2150 противомаларийных станций.

Данные по заболеваемости малярией населения Новосибирской области и все приведённые в данной статье рисунки 1 – 12 получены по архивным материалам противомаларийных станций Новосибирской области [1, 4, 5]. Мы с большой благодарностью и признательностью вспоминаем о первых организаторах, стоящих у руля санитарно-эпидемиологической службы области, много сил и энергии отдавших созданию санитарного и эпидемического благополучия. Среди них и Николай Васильевич Платонов организатор и руководитель противомаларийной станции с 1924 г. по 1948 г. Сохранившиеся в архивах материалы (статистика, хронология, фотографии, записи и аналитические материалы, графики и рисунки) свидетельствуют о значительном объеме работ, предпринятых властями, учеными и практиками по профилактике заболеваемости малярией [5].

Количество зарегистрированных заболевших малярией начало резко возрастать в середине 30-х годов XX столетия. Так по данным противомаларийной станции в Новосибирской области только в мае 1937 г. число заболевших малярией составило 53760 случаев.

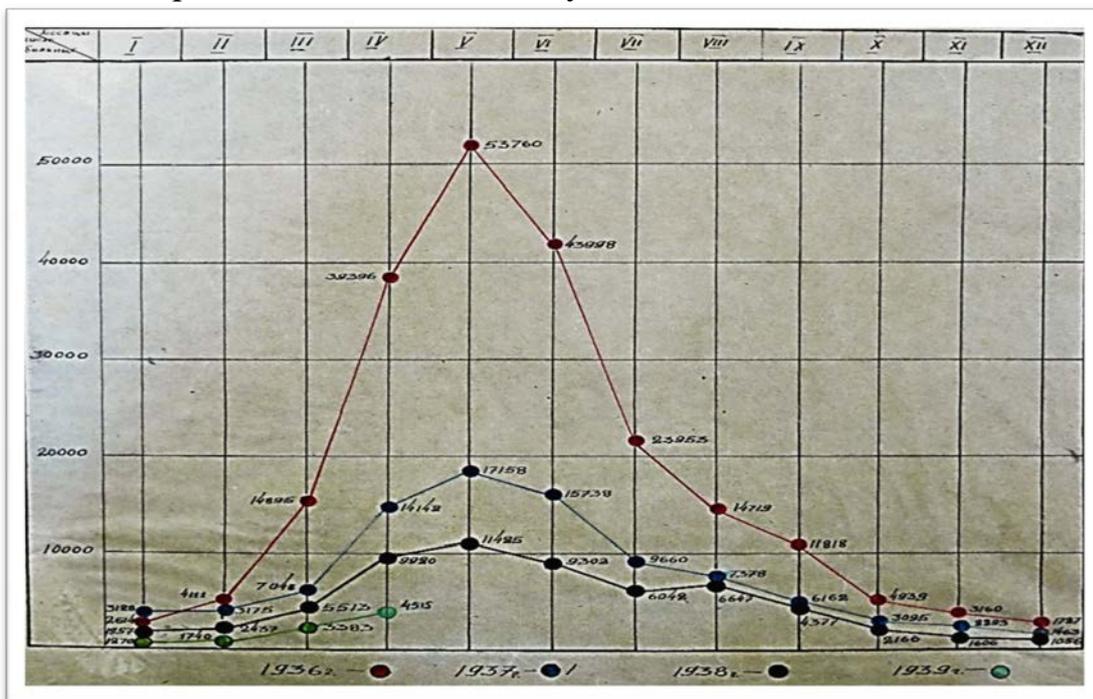


Рисунок 1. Графики заболеваемости малярией в Новосибирской области по месяцам в сравнении за 1936-1939 годы [5].



Рисунок 2. Карта заболеваемости малярией в Новосибирской области в 1940 г. [5].

Для улучшения эпидемической ситуации по малярии в Новосибирской области предприняты значительные меры, направленные на уничтожение переносчика заболевания, при помощи осушения анофелогенных водоемов и обработки их ядами, шло строительство завода по изготовлению акрихина, плазмоцида и других препаратов для борьбы с личинками комаров. Была развёрнута работа по подготовке кадров, проведению мероприятий совместно со специалистами здравоохранения, гидротехниками и авиаторами.



Рисунок 3. Занятия на курсах врачей маляриологов. 1937 г.



Рисунок 4. Областная малярийная станция курсы усовершенствования энтомологов. 1937 г.



*Рисунок 5. Ордынский малярийный пункт. 1935 г.*



*Рисунок 6. Выезд в колхозы для обследования на малярию. 1937 г.*

К 1940 году в санитарно-эпидемиологических учреждениях Новосибирской области работали 253 специалиста, в т.ч. в 32 малярийных станциях и отрядах, в 14 санитарно-бактериологических лабораториях, в 13 санитарно-эпидемических станциях и в 8 дезинфекционных станциях.



*Рисунок 7. Сотрудники противомаларийной станции и авиаторы, производящие опыление. 1936 г.*



*Рисунок 8. Исследование крови. 1937 г.*



Рисунок 9. Копка магистрального канала. 1937г.



Рисунок 10. Работа «хинизатора». 1936 г.



Рисунок 11. Энтомологический кабинет. 1936 г.



Рисунок 12. Участники совещания по завершению борьбы с малярией. 1958 г.

### Выводы

Широкомасштабная работа, развёрнутая в Новосибирской области, позволила справиться с высоким уровнем заболеваемости малярией до единичных случаев уже к середине 1950-х годов. Показатели смертности населения к 1950-м годам снизилась в 4 раза, уровень детской смертности в 5,1 раза. За 1947–1957 гг. заболеваемость брюшным тифом снизилась в 3 раза, скарлатиной - в 2,5 раза, малярией – в 40 раз.

### Источники и литература / Sources and references

1. Юсупова К. Г., Мингазов И. Ф. Исторические аспекты борьбы с малярией в Новосибирской области // Сборник статей, посвященных 95-летию службы. Актуальные вопросы обеспечения санитарно-эпидемиологического

- благополучия населения и защиты прав потребителей. – ООО «Альфа-Порте», Новосибирск, 2017. – С.148-152.
- ВОЗ. Глобальная техническая стратегия борьбы с малярией на 2016 – 2030 гг. 2015 г. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241564991/ru/> (Дата обращения: 30.01.2021).
  - Тарабухин И. А. О распространении подвидов *Anopheles maculipennis* Mg. в Новосибирской области // Мед. паразитол. и паразитарн. бол. – 1941. – Т. 10.– Вып. 3-4.– С. 444-450.
  - Ерохин Н. М., Веренков И. К. Маляриологическая обстановка в зоне Новосибирского водохранилища в период строительства и первые годы формирования // Проблемы медицинской паразитологии и профилактики инфекций (под ред. Ш. Д. Мошковского). – Москва, 1964.
  - Архивные материалы Новосибирской противомалырийной станции. ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Новосибирской области», г. Новосибирск.

ЕПАНЧИНЦЕВА Т. С.

**ВКЛАД ВИКТОРА ВАСИЛЬЕВИЧА БЕССОНЕНКО В РАЗВИТИЕ  
СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СИБИРИ**

*Кафедра истории*

*Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово*

Научный руководитель – к.и.н., доцент А. В. Палин

EPANCHINCEVA T. S.

**CONTRIBUTION OF VIKTOR VASILIEVICH BESSONENKO  
TO DEVELOPMENT SIBERIAN HEALTHCARE SYSTEMS**

*Department of history*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo*

Supervisor – Ph.D in History, Associate Professor A. V. Palin

*Аннотация:* Статья посвящена выдающемуся кузбасскому врачу Виктору Васильевичу Бессоненко. С его именем связана разработка и внедрение автоматизированной системы управления здравоохранением на уровне города. Он является основателем и первым директором Научно-исследовательского института комплексных проблем гигиены и профзаболеваний СО РАМН.

*Ключевые слова:* здравоохранение, гигиена, профзаболевания, скорая медицинская помощь.

*Abstract:* The article is dedicated to the outstanding Kuzbass doctor Viktor Vasilyevich Bessonenko. His name is associated with the development and implementation of an automated health care management system at the city level. He is the founder and first director of the Research Institute

*for Complex Problems of Hygiene and Occupational Diseases of the Siberian Branch of the Russian Academy of Medical Sciences.*

**Keywords:** *health care, hygiene, occupational diseases, emergency medical care.*

В ноябре 2020 г. постановлением Правительства Кузбасса новокузнецкой городской клинической инфекционной больнице № 8 присвоено имя Виктора Васильевича Бессоненко [8]. Таким решением региональная власть увековечила



**В. В. Бессоненко**

память выдающегося кузбасского врача, который очень много сделал для здравоохранения г. Новокузнецка и региона в целом.

Известно, что Виктор Васильевич родился 28 февраля 1932 г. в семье служащих. Его место рождения совхоз им. Каширина Колесниковского района Курганской области. Он очень рано остался без родителей, поэтому воспитывался в детском доме. С юных лет мечтал стать врачом. Его выбор пал на Томский медицинский институт (с 1992 г. – Сибирский государственный медицинский университет). После окончания в 1957 г. вуза молодой врач-травматолог приехал в г.

Новокузнецк. С этим городом связана вся дальнейшая его судьба. Здесь он поступил в аспирантуру на кафедру травматологии и ортопедии Новокузнецкого ГИДУВа (сегодня – Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей РМАНПО).

С первых дней своей профессиональной деятельности зарекомендовал себя как грамотный специалист, преданный своему делу. Поэтому уже в феврале 1958 г. В. В. Бессоненко назначается заместителем главного врача Новокузнецкой станции скорой помощи, а в феврале 1961 г. – ее возглавляет [4]. В марте 1962 г. он уже главный врач городской больницы №1 (в наши дни – ГАУЗ КО «Новокузнецкая городская клиническая больница № 1»). В этой должности он запомнился как человек обладающий незаурядными организаторскими качествами. При нем было проведено обновление медицинской аппаратуры и техники в больнице. В. В. Бессоненко добивается открытие новых важных структурных подразделений в медицинском учреждении. Среди них: гинекологический корпус, лаборатория «Искусственная почка» под руководством талантливого врача А. А. Червинского. В отделении грудной хирургии был клинически применен аппарат «АИК» – искусственное сердце» [6].

1 июля 1965 г. В. В. Бессоненко был назначен заведующим городским отделом здравоохранения. В это время ему было всего 33 года. Однако, несмотря на молодость, он зарекомендовал себя как грамотный врач, хороший

руководитель и организатор. Все это, а также преданность делу, позволило ему добиться серьезных успехов в развитии здравоохранения Новокузнецка. По его инициативе и непосредственном участии были построены новые здания для городской больницы № 9, станции скорой помощи, поликлиники-медсанчасти КМК, аптечных складов, двух детских санаториев. Он добивается открытия сети ревматокардиологических кабинетов и городского кардиодиспансера, пульмонологического центра, двух новые женских консультаций, первой очереди больницы Западно-Сибирского металлургического комбината, радиоизотопной и гастроэнтерологической лабораторий. Совершенствуется система диспансеризации больных [1]. Главный врач врачебно-физкультурного диспансера г. Новокузнецка Геннадий Егорович Егоров (1967–2015) вспоминал: «Новокузнецку повезло, что в городе было немало замечательных организаторов здравоохранения. Выдающийся среди них – Виктор Васильевич Бессоненко, заведующий Горздравотделом, основатель Института гигиены, авторитет, перед которым распахивались любые двери» [9].

В. В. Бессоненко особое внимание уделял вопросам оптимизации и совершенствования медицинской помощи, повышения квалификации врачей. В 1967 г. в Новокузнецке произошло памятное событие – выездная сессия Института клинической и экспериментальной хирургии Минздрава СССР, проведенная совместно с ГИДУВом.

Под его руководством была разработана и внедрена оригинальная методика сбора и обработки медицинской информации для совершенствования системы управления здравоохранением. В 1971 г. прошла первая научно-практическая конференция по вопросам совершенствования управления здравоохранением города. Ее итогом стало признание Новокузнецка – «школой передового опыта». В городе допускалось отступать от ряда действовавших тогда приказов и постановлений Минздрава СССР, касающихся информационного обеспечения и документооборота [10, с. 64]. В 1972 г. Виктор Васильевич в Москве прочитал лекции на Международных курсах организаторов здравоохранения по вопросу совершенствования системы управления здравоохранением с применением вычислительной техники и системного анализа. Они проводились на базе Центрального института усовершенствования врачей. В 1975 г. по этой проблеме защитил кандидатскую диссертацию. В целом эта система получила одобрение Президиума Сибирского филиала АМН СССР, координационного Советом МЗ СССР по медицинской кибернетике, Главного вычислительного центра МЗ СССР [3, с.130].

Успешная деятельность системы управления здравоохранением городом способствовала открытию в Новокузнецке в июне 1976 г. Института комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний Сибирского филиала (позже отделения) АМН СССР. Его первым директором стал В. В. Бессоненко (1976–1987). Этот институт стал первым академическим научным учреждением медико-профилактического профиля в Сибири [7, с. 5].

В институте под руководством В. В. Бессоненко проводились исследования, связанные с социально-гигиеническим планированием, научным обоснованием развития системы охраны здоровья населения в новых территориально-производственных и индустриально-аграрных комплексах. С работой учреждения связана разработка методики социально-гигиенической паспортизации для территориальных комплексных программ охраны здоровья населения и окружающей среды [5, с. 39; 7, с. 6].

В конце 1970-х гг. по заданию Госкомитета по науке и технике Совета министров СССР институт, возглавляемый В. В. Бессоненко, провел впервые комплексное изучение гигиенических особенностей жизнедеятельности населения в условиях Сибири, Дальнего Востока и Крайнего Севера. Результаты исследования были применены при подготовке перспективных планов развития названных выше регионов [3, с.130].

Одним из приоритетных направлений Института комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний стало разработка и внедрение эффективных методов профилактики, лечения и реабилитации профессиональных заболеваний. С этой целью в 1977 г. при институте была открыта профпатологическая клиника. Это позволило ученым института разработать целостную программу для оценки здоровья трудовых коллективов. Она была успешно применена при обследовании состояния здоровья рабочих металлургических, угледобывающих и горнорудных предприятий Кемеровской области. С именем В. В. Бессоненко связано проведение комплексного социально-гигиенического изучения состояния здоровья населения и формирование трудовых ресурсов на различных этапах промышленного освоения Сибири. Он занимался разработкой системы управления реализации программы совершенствования охраны здоровья населения в районах Сибири, а также медико-социальных мероприятий, направленных на охрану здоровья сельского населения Сибири в агропромышленных объединениях [3, с.131-132].

Результаты профессиональной деятельности В. В. Бессоненко осветил в научных работах. Ему принадлежит свыше 100 публикаций, затрагивающих проблемы АСУ в здравоохранении, охраны здоровья населения, экономики здравоохранения. Им была подготовлена докторская диссертация на тему: «Совершенствование управления системой охраны здоровья населения в районах Сибири» по специальности «Социальная гигиена и организация здравоохранения». Под его научным руководством было защищено шесть кандидатских диссертаций. В. В. Бессоненко являлся членом целого ряда научных советов, редколлегии медицинских журналов [3, с.132].

Стоит отметить, что Виктор Васильевич принимал активное участие в общественной и политической жизни города. В частности, был депутатом Новокузнецкого городского Совета народных депутатов. Его вклад в развитие здравоохранения страны был оценен высокими правительственными наградами: двумя орденами Трудового Красного Знамени, медалью «За доблестный труд»,

а также ведомственным знаком «Отличник здравоохранения СССР». 20 июня 2006 г. Виктору Васильевичу присвоено (посмертно) звание «Почетный гражданин города Новокузнецка» [2].

Таким образом, Виктор Васильевич Бессоненко внес огромный вклад в развитие здравоохранения не только в г. Новокузнецке, но и в Сибири в целом. Многие его труды не теряют актуальность и сегодня. Большую ценность представляют разработанные под его руководством комплексные программы «Охрана здоровья населения Сибири» и «Здоровье человека в Сибири». Его деятельность способствовала открытию научных центров в Новосибирске, Омске, Иркутске, Красноярске, занимающихся проблемами гигиены и профессиональных заболеваний. С 2003 г. Институт комплексных проблем гигиены и профзаболеваний проводит ежегодный конкурс имени В. В. Бессоненко для поощрения сотрудников, внесших наибольший вклад в науку и практическое здравоохранение.

### **Источники и литература / Sources and references**

1. Бессоненко Виктор Васильевич – основатель и первый директор научно-исследовательского института комплексных проблем гигиены и профзаболеваний СО РАМН// 400 знаменитых новокузнецчан. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://новокузнецк400.рф/persons/16-bessonenko.html> (Дата обращения: 19.02.2021).
2. Бессоненко Виктор Васильевич (28.02.1932 – 15.04.1987) // Библиотека им. Н.В. Гоголя, г. Новокузнецк. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа:– <https://libnvkz.ru/chitateliam/o-novokuznetske/pochetnie-grajdane/bessonenko-v-v> (Дата обращения: 19.02.2021).
3. Виктор Васильевич Бессоненко (к 75летию со дня рождения) // Бюллетень СО РАМН. – 2007. – №1(123). – С. 130-132.
4. Главные врачи станции скорой помощи с 1931 по 2004 годы// Новокузнецкая станция скорой медицинской помощи. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://03nvkz.ru/главная/история/главные-врачи/> (Дата обращения: 21.02.2021).
5. Захаренков В. В., Григорьев Ю. А., Цай Л. В. Некоторые итоги и перспективы деятельности научно-исследовательского института комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний СО РАМН (1976–2003 гг.) // Медицина в Кузбассе. – 2003. – №3.– С. 38-42.
6. История городской клинической больницы №1// ГБУЗ «Новокузнецкая городская клиническая больница №1. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://1gkb-nk.ru/o-nas/история/> (Дата обращения: 21.02.2021).
7. Научно-исследовательский институт комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний. К 40-летию. – Новокузнецк, 2016. – 53 с.
8. Постановлением Правительства Кузбасса двум больницам Новокузнецка присвоены имена выдающихся врачей региона// Министерство

здравоохранения Кузбасса.– [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://kuzdrav.ru/activity/news/33418/> (Дата обращения: 18.02.2021).

9. Савельева О. Старты доктора Егорова// Кузнецкий рабочий. – 2012. – 21январь.
10. Филимонов С. Н., Данцигер Д. Г., Андриевский Б. П., Часовников К. В. Становление социально-гигиенической науки в Кузбассе в доперестроечный период (вторая половина 60-х годов) // Медицина в Кузбассе.– 2020. – Т. 19. №2.– С. 63-66.

СМИРНОВА Е. А.

**БОЕВОЙ ПУТЬ ВОЕННОГО ФЕЛЬДШЕРА  
ГЕОРГИЯ ИВАНОВИЧА ШАРДАКОВА**

*Кафедра истории*

*Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово*

Научный руководитель – к.и.н., доцент А. В. Палин

SMIRNOVA E. A.

**THE BATTLE ROUTE OF A MILITARY FELDSHER  
GEORGE IVANOVICH SHARDAKOVA**

*Department of history*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo*

Supervisor – Ph.D in History, Associate Professor A.V. Palin

*Аннотация:* Статья посвящена майору медицинской службы, фельдшеру Георгию Ивановичу Шардакову – участнику Великой Отечественной и советско-японской войн.

*Ключевые слова:* Великая Отечественная война, медицинский работник, фельдшер, советский воин

*Abstract:* The article is dedicated to the major of the medical service, paramedic Georgy Ivanovich Shardakov, a participant in the Great Patriotic War and the Soviet-Japanese wars.

*Keywords:* Great Patriotic War, medical worker, paramedic, soviet soldier

В годы Великой Отечественной войны особое мужество и бесстрашие проявили медицинские работники. В это время на фронте и в тылу трудились свыше 200 тыс. врачей и 500 тыс. средних медицинских работников. На фронте оказалось порядка 70 % медицинских научных сотрудников [1, с. 308]. Все они ежедневно, нередко ценой своих жизней, спасали раненных бойцов и офицеров, оказывали квалифицированную помощь населению в тылу. Вот только некоторые цифры, свидетельствующие о героизме военных медиков: «...медицинскую помощь на поле боя, получили 48,6% раненых, в течение трех часов после ранения – 51,3%. В 53,3% случаях ее оказали санитарные инструкторы, санитары и медицинские сестры...» [1, с. 310]. Дивизионные

медицинские пункты называли «главной операционной», именно здесь было оперировано 72,6% раненых [1, с. 319].

Одним из этих героев является мой прадед (по линии мамы) Георгий Иванович Шардаков – военный фельдшер. Он родился 2 февраля 1922 г. в с. Ново-Повалиха Краюшкинского (с 1960 г. Первомайский) района Алтайского



Г.И. Шардаков

края. Семья была раскулачена. Его родители Иван Степанович Шардаков и Матрена Алексеевна Бабаева жили скромно, но дружно. Иван Степанович работал в совхозе на лесозаготовках. Несколько детей умерли в младенчестве, выжило пятеро. Из них четыре девочки и один мальчик. Единственный сын, мой прадед – Георгий Иванович. В 1939 г. он окончил семилетнюю школу и в сентябре этого же года поступил на полный курс при Прокопьевской фельдшерско-акушерской школе. 28 августа 1941 г. получил Свидетельство за № 4 об окончании учебного заведения с присвоением звания фельдшер [3]. В этот же день был призван Прокопьевским райвоенкоматом в ряды Красной армии. Службу начал в должности фельдшера минометного дивизиона (позднее – 425-й минометный дивизион) 946 артиллерийского полка 382 стрелковой дивизии. Ее формирование началось в августе 1941 г. в Красноярском крае на станции Заозерная и в г. Канске. В конце октября 1941 г. мой прадедушка в составе 382 стрелковой дивизии выехал на фронт. С 1 декабря 1941 г. он в составе действующей армии. Его дивизия принимала участие в Любанской наступательной операции (7.01. – 30.04. 1942 г.), которая велась силами войск Волховского и Ленинградского фронтов. Подразделения 382 стрелковой дивизии вели ожесточенные бои с фашистами под Спасской Полисть, у деревни Мясной Бор. 9 февраля 1942 г. в районе деревни Спасская Полисть Г. И. Шардаков был ранен. Слепое пулевое ранение верхней  $\frac{1}{3}$  правого плеча. Пуля так и осталась в руке до конца жизни, рука потом очень болела. Лечение он проходил в эвакогоспитале № 4459 (г. Рыбинск) [5]. После госпиталя снова на фронт.

С 11 апреля 1942 г. воевал в должности старшего фельдшера 448 автороты 305 стрелковой дивизии, которая входила в состав 52-й армии Волховского фронта. В период с 28 мая по 25 июня 1942 г. дивизия была переподчинена Второй ударной армии. Уже в составе Второй ударной армии, оказавшись в окружении, дивизия воевала в районе деревень Малое и Большое Замошье, Долгово, Осия. Из окружения в районе Мясного Бора вышло всего 82 человека этой дивизии.

Г. И. Шардакову удалось избежать окружения. После того, как 305 стрелковая дивизия попала в окружение в районе Мясного Бора, часть ее военнослужащих, в том числе и Георгий Иванович влились в июле 1942 г. в состав роты подвоза 53-й отдельной стрелковой бригады [5]. Стоит отметить, что ранее 53 стрелковая бригада тоже побывала в окружении. Однако 25 июня 1942 г. она с боем прорвала вражескую оборону и вышла из окружения. В июле после пополнения личного состава и перевооружения она вводится в состав 52-й армии и перебрасывается в район Мытка для подготовки второго рубежа обороны. С сентября 1942 г. бригада вступает в бои за Ленинград на Синявских высотах. В конце 1942 г. он был назначен старшим фельдшером отдельного истребительного противотанкового дивизиона 53-й отдельной стрелковой бригады. В те дни боев Георгий Иванович чудом избежал окружения, вывозил в это время раненых.

Шел 1944 г. Почти три года на передовой. Во время воздушного налета немцы разбомбили машину, перевозившую раненых. Все погибли. Прадед был контужен, но остался жив. В марте 1944 г. 53-я стрелковая бригада была расформирована. Новым местом службы Г. И. Шардакова стала 377 стрелковая дивизия. Здесь он занял должность фельдшера 3 дивизиона 933 артиллерийского полка. С октября 1944 г. – фельдшер приемно-сортировочного взвода 455 отдельного медико-санитарного батальона дивизии [5]. Осенью 1944 г. дивизия участвовала в Рижской операции. Ее личный состав отличилась при освобождении Валги, Лимбажи, Риги, Юрмалы. Затем до конца Великой Отечественной войны 377 стрелковая дивизия вела бои с Курляндской группировкой немецко-фашистских войск. При освобождении Прибалтики отличился лейтенант медицинской службы Г. И. Шардаков. Он был награжден медалью «За отвагу». В наградном листе, так описывается подвиг: «В период боевой операции дивизии по форсированию реки Вяйке-Эмайыги с 13 сентября по 19 сентября 1944 г. при поступлении раненых в 455 Медсанбат работал в качестве ассистента по хирургической обработке легкораненых и раненых средней тяжести в количестве 673 человек в течение четырех суток. Работал, не считаясь с условиями работы и отдыхом, сумел провести четко хирургическую регистрацию в журналы весь поток поступивших для обработки раненых, одновременно успевавшая готовить раненых к обработке и руководил подготовкой, стерилизацией инструментов и перевязочного материала» [4].

Победу в Великой Отечественной войне Г. И. Шардаков встретил в Латвийской ССР. В июне 1945 г., в связи с окончанием войны, 377 стрелковая дивизия была расформирована, о чем есть запись в Журнале ее боевых действий от 20.06.1945 г. [2].

Однако война для Георгия Ивановича Шардакова на этом не закончилась. Он был направлен на Дальний Восток. Советским войскам предстояла борьба с самой боеспособной армией фашистской Японии – Квантунской. 7 июля 1945 г. он прибыл в Манзовку (сегодня Сибирцево) Приморского края. И влился в состав

10 механизированного корпуса (позднее дивизия). После войны с Японией корпус стоял в г. Пхеньяне, Северная Корея [5].

В августе 1947 г., находясь в отпуске у родителей, женился. В сентябре этого же года Г. И. Шардаков был переведен на должность старшего фельдшера приемно-сортировочного взвода 455 медико-санитарный батальон 10 механизированной дивизии. С 23 декабря 1955 г. – старший фельдшер 242 отдельного санитарного батальона дивизии [5]. С 10.06.1967 г. в отставке. Защите Родины мой прадед, майор медицинской службы Георгий Иванович Шардаков отдал 25 лет жизни (32 года с выслугой). После службы на Дальнем Востоке он вместе со своей семьей приехал в г. Новосибирск, где работал в Центральной медико-санитарной части № 25 (сегодня это Городская клиническая больница № 25). Он умер рано – 16 января 1979 г. Ему было всего 56 лет.

Мой прадед Георгий Иванович Шардаков один из героев, отстоявших наше Отечество. Он образец отважного советского военного медика, которые спасли за годы войны десятки тысяч жизней советских воинов. Его служение на благо Родины было отмечено различными правительственными наградами. Всего их семнадцать. Из них медали: «За оборону Ленинграда» (22.12.1942 г.), «За отвагу» (05.10.1944 г.), «За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.» (09.05.1945 г.), «За победу над Японией» (30.09.1945 г.), «За боевые заслуги» (19.11.1951 г.) и другие.

### **Источники и литература / Sources and references**

1. Великая Отечественная война 1941–1945 годов. В 12 т. Т. 7. Экономика и оружие войны. – М.: Кучково поле, 2013. – 864 с., 20 л. ил.
2. Журнал боевых действий 377 стрелковой дивизии от 20.06.1945 г. // Память народа.1941-1945 гг. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://pamyat-naroda.ru/documents/view/?id=130658738> (Дата обращения: 02.03.2021).
3. Копия Свидетельства Г. И. Шардакова от 28.08.1941 г. об окончании Прокопьевской фельдшерско-акушерской школы // Личный архив семьи Смирновых.
4. Наградный лист Г. И. Шардакова к медали «За отвагу» // Память народа.1941-1945 гг. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [https://pamyat-naroda.ru/heroes/podvig-chelovek\\_nagrazhdenie23587651/](https://pamyat-naroda.ru/heroes/podvig-chelovek_nagrazhdenie23587651/) (Дата обращения: 01.03.2021).
5. Шардаков Г. И. Объяснение по поводу нахождения на должности, на которую нет приказа о назначении от 27.12.1955 г. // Личный архив семьи Смирновых.

ГОРЕЛОВ Ю. П.

**НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГОСПИТАЛЬНЫХ ЗАХОРОНЕНИЙ КУЗБАССА  
(1941 – 1945 ГГ.)**

*Ветеран КемГУ, г. Кемерово*

GORELOV Y. P.

**SOME FEATURES OF HOSPITAL BURIALS OF KUZBASS (1941 – 1945)**

*Veteran of KemSU, Kemerovo*

*Аннотация:* Статья посвящена истории воинских захоронений на различных кладбищах Кузбасса. Особое внимание уделено тем проблемам, которые были связаны с этими погребениями, а также с воинским контингентом, погибшим в 1945–1945 гг.

*Ключевые слова:* Война, Кузбасс, мобилизация, захоронения, военный округ, военнослужащие.

*Abstract:* The article is devoted military burials in the cemeteries of Kuzbass, Special attention is paid to the problems that were associated with these burials, as were with the military contingent that died in 1941-1945 buried in cemeteries.

*Keywords:* War, Kuzbass, mobilization, burials, military district, military personnel.

**Цель исследования** – выявить основные места захоронений, состав воинского контингента умерших, современное состояние погребений их мемориалов.

**Материалы и методы исследования**

Источниками сообщения являются редкие научные публикации, сведения из архивных и музейных учреждений, встречи с работниками госпиталей, участие автора в поисковых экспедициях, а также тематические документы, добытые поисковыми отрядами. В итоге, нам удалось в какой-то степени получить ответы на поставленные цели и задачи. Методы: историко-хронологический, статистический, ретроспективный.

**Результаты и их обсуждение**

История воинских захоронений в Кузбассе тесно связана с Великой Отечественной войной. Для начала следует отметить тот факт, что одним из конечных пунктов, куда летом 1941 г. начали прибывать санитарные поезда, был Кузбасс. Жители края делали все возможное, чтобы спасти жизни пострадавшим воинам. Все вместе – искусство врачей и заботливое внимание населения – творило чудеса. И как результат – основная масса бойцов, оправившись от ран, возвращалась на фронт или к мирному труду. И все же время от времени в Кузбассе переживали горечь невозможных утрат. Вот тогда в области, находившейся в глубоком тылу, более чем в 13 населенных пунктах стали

появляться могильные холмики, укрывшие тех, кто скончался в ее госпиталях от боевых ран и обострившихся в войну болезней.

Проблемы воинских погребений были связаны не только с драматическими событиями самой войны, но и с недостатками, имеющими место в руководстве всей военной медицины. Прежде всего, по мнению профессора А. А. Васильева, в лазаретах Красной Армии еще с довоенных времен, из-за слабой подготовки патологоанатомов, недостаточно занимались причинами смерти пострадавшего воина. Безадресность мест захоронений привела к тому, что начальник Главного военно-санитарного управления красной Армии дивизионный врач Е. И. Смирнов уже 26 сентября 1941 г. издал строгий циркуляр, в котором санитарным начальникам военных округов было приказано навести порядок в учете умерших бойцов и мест их погребений. Аналогичные заявления 25 ноября 1941 г. сделал Наркомздрав. Он рекомендовал, кроме учета могил, проводить вскрытие трупов и на научных конференциях разбирать причины их смерти. Кроме того, при госпиталях свыше 1 тыс. коек устраивать патологоанатомические кабинеты, куда, при отсутствии своих специалистов, привлекать совместителей из гражданской сети [2, с.6].

В этом вопросе недорабатывали и военкоматы. Заместитель наркома обороны генерал Е. А. Щаденко в январе 1943 г. своим распоряжением критиковал их за беспорядок в призывном делопроизводстве. Прежде всего, он возмущался незнанием этими работниками боевых и госпитальных потерь и как результат – много семей осталось без денежных аттестатов и средств к существованию. При этом родственники даже не имели четких сведений о местах погребений своих кормильцев. С аналогичными заявлениями в марте 1945 г. в Управлении по делам погибших выступал другой заместитель министра генерал Н. А. Булганин [1, с.194, 220, 224, 226 и др.].

Таким образом, из приведенных примеров видно, что с первых дней войны Наркомат обороны был обеспокоен судьбой погребенных воинов. Из документов того времени следует, что делом организации похорон занимались специальные команды. Они состояли из представителей местных властей, работников госпиталей, военкоматов, НКВД. Расходы на погребения производились из средств местного бюджета, лазаретов, а также ВЦСПС (особенно в профсоюзных госпиталях – авт.). Как свидетельствуют очевидцы, прощание с бойцами проходило в госпитальных клубах, красных уголках, приспособленных подсобных помещениях. При постоянной мобилизации санитарного транспорта на фронт, персоналу для перевозки умершего к могиле, часто приходилось использовать собственные хозяйственные тележки или сани (скрывая потери, хоронили скрытно – авт.). Были также одиночные случаи, когда с передислокацией госпиталей бойцов хоронили из гражданских больниц или родственники забирали их в свои семейные погосты, как в области, так и за ее пределами [3, 7].

По инструкциям Народного комиссариата обороны хоронили в траншеях шириной 2 метра и глубиной 1,5 метра. Трупы укладывали на расстоянии 0,5 метра друг от друга. Между траншеями оставляли проход в 1 метр. Место могилы отмечали столбиком с прикрепленной жестяной дощечкой, на которой масляной краской писали порядковый номер. По нему регистрировали могилу: в погребальных книгах госпиталей, карточках учета умерших, донесениях санитарному отделу СибВО, в справках эвакуационных пунктов и военкоматов. В документах сообщали инициалы, место призыва и службы, номер госпиталя, место захоронения. Вместе с тем, в отчетах, составленных впопыхах, часто пропускали место призыва, адрес лечебного заведения, причины смерти и точное название кладбища [3].

В области воинские могилы находились на отдельных участках городских, районных, сельских кладбищ. Они назывались общественными, госпитальными, солдатскими, офицерскими и даже шахтерскими: Кемерово, Анжеро-Судженск, Прокопьевск, Киселевск, Ленинск-Кузнецкий, Сталинск (Новокузнецк), Осинники, Мариинск и другие. Всего их было свыше 10. Кроме того, были одиночные погребения (Гурьевск, Салаир, Яя). В городах с большим количеством госпиталей воинские захоронения занимали значимые площади. На них могилы были в несколько рядов с номерами из двузначных и трехзначных цифр. Отдельные из них имели топографическую привязку к местности. Например, в Сталинске (кл. Редаковское) могила №110 к дороге налево, рядом с лесом. В Прокопьевске (кл. Сафоновское) номерные могилы 150 м. от центрального входа. В Тяжине три номерных могилы восточнее поселка с правой стороны железной дороги. Аналогичные ориентиры были и в других населенных пунктах [2, 3, 4].

По данным военкоматов и поисковиков в области выявлено 670 захоронений военнослужащих, их воинский состав отражен в *таблице 1*.

*Таблица 1. Воинский состав погребенных на кладбищах Кузбасса*

Рядовые	Сержанты	Офицеры
От 80 до 90%	От 5 до 15%	От 3 до 7%

Из таблицы видно, что на кладбищах Кузбасса погребены, в основном, рядовые красноармейцы, они поступали в местные госпитали с Западного, 2-го Белорусского, Карельского, Волховского и других фронтов. Бойцы служили в различных воинских соединениях. Это стрелковые полки, лыжные, саперные, инженерные, минометные батальоны, артиллерийские дивизионы, воздушно-десантные бригады, военно-строительные отряды, горнострелковые дивизии, кавалерийские корпуса и другие соединения. Часть из них обслуживала армейскую социальную сферу, среди них: повара, сапожники, заведующие различными складами, писари и т. д. Попали на кладбища и другие необычные

военнослужащие: из числа партизан, моряков, бывших заключенных и военнопленных, а также около 10 человек, умерших в санитарных поездах. Кроме того, регулярно прибывали бойцы из отдельных батальонов и полков внутренних войск. Они участвовали не только в боях, но и охраняли оборонные предприятия и объекты в самом Кузбассе. Несколько могил принадлежат курсантам военных училищ. Командные кадры в области готовили для пехоты, артиллерии и авиации. Курсанты и бойцы НКВД умирали редко от болезней, в основном они погибали при различных чрезвычайных происшествиях: взрывах, авариях, пожарах, наводнениях и т.д. [4, с. 6-155].

Наибольшее количество сержантского состава находится в могилах Кемерово, Киселевска, Мариинска, Новокузнецка, Прокопьевска, Ленинска-Кузнецкого. Эти бойцы занимали должности командиров отделений, старшин батарей, командиров орудий, заместителей командиров взводов и даже взводных командиров (т.е. офицерская должность – авт.). От общего количества погребенных офицеры составляют от 3 до 7%. В основном, это младший командный состав (от лейтенантов до капитанов). Большинство строевые: взводные, ротные, батальонные командиры. Были и нестроевые военные: юристы, врачи, интенданты политруки. Среди них умершие на рабочих местах в госпитале Мариинска врач А. И. Шадчина, в Кемерово начальник госпиталя В. И. Кондратьев. Особенностью наших кладбищ стало то, что в них отсутствуют могилы старшего офицерского состава, а также летчиков и танкистов. Последние из-за сложности ранений нуждались в длительном лечении с использованием большого количества узких специалистов. Всех этих людей лечили в крупных госпитальных центрах СибВО (т.е. в специальных госпиталях Омска, Томска, Новосибирска, Красноярска) [4].

Отдельно стоит отметить тот факт, что мобилизация в стране затронула сразу 14 военных округов. Внезапное нападение помешало призыву людей в пограничных районах и привело к тому, что потери в стрелковых полках были выше 40%. В августе 1941 г. безвозвратные потери уже свыше 2 млн. 126 тыс. человек. Срочно понадобилась массовая поставка людей в армию. Забирали выпускников средних школ, студентов-старшекурсников, молодых женщин, уголовников (со статьями за мелкие преступления – авт.). С весны 1942 г. дополнительные мобилизации провели в Узбекистане и Казахстане. Актуальным стал призыв запасников с ограничениями годных к строевой службе. Такие люди пополнили и кадры медиков, а больные грыжами, трахомой, экземой тыловые госпитали. Здесь их лечили принудительно, а затем отправляли на фронт. Всего было мобилизовано свыше 70% людских ресурсов страны в возрасте от 17 до 55 лет. СибВО по мобилизации занял 2-е место (свыше 2 млн. 600 тыс.), уступая только Московскому военному округу (свыше 6 млн. чел.). Свыше 2 млн. чел. каждый, поставили армии также Уральский, Приволжский, Орловский округа. Из этих цифр видно, что основная тяжесть по мобилизации легла на население

Москвы, Центральной России, Урала, Сибири. Именно бойцы из этих округов массово лежат в земле региональных кладбищ [1, с.154-185].

Вместе с тем, характерной тенденцией стало и то, что ограничения по рекомендациям НКВД коснулись ряда горских народов, а также советских немцев. Силовики считали, что они с недоверием относятся к Советской власти и способны помогать врагу. После депортации из родных мест, значительную часть этих людей мобилизовали в строительные отряды и отправили на шахты, рудники, лесозаготовки Сибири и Казахстана. Поэтому на кладбищах Кузбасса редко встречаются такие люди. В крае отсутствуют захоронения молдован, западных украинцев, белорусов, прибалтов и других с пограничных территорий, которые скоротечно были захвачены врагом. Национальный состав умерших все-таки довольно обширный. Среди них: русские, украинцы, белорусы, евреи, татары, казахи, узбеки, туркмены, дагестанцы, азербайджанцы, таджики, буряты, башкиры. Присутствует значительное количество сибиряков из Прокопьевска, Красноярска, Омска, Томска, Иркутска и других мест [4].

Отдельно стоит отметить тот факт, что из-за слабого учета и ненужной секретности, которая окружала смерть бойца, исчез ряд воинских кладбищ и могил в Кемерове, Новокузнецке, Прокопьевске, Ленинске-Кузнецком, Осинниках, Киселевске, Гурьевске, Тайге и других населенных пунктах. Как правило, там, где примитивные захоронения делались не на центральных кладбищах, а в ближайших к лечебным учреждениям удобных местах, которые после войны попали под застройку городов и поселков. Кроме того, на ряде кладбищ воинские участки из-за плохого присмотра поглотили гражданские захоронения. С течением времени изменилась и топография погостов, появились новые заросли кустарников, непроходимые тропы, исчезли старые ориентиры и привязки к местности. Кое-где отслужившие свой срок кладбища сегодня закрыты [3, 6].

Справедливо стоит заметить, что такое положение с погребениями было не только в Кузбассе. Оно было характерным и для других регионов страны (см. современную прессу – авт.). Вот почему, озабоченное таким состоянием кладбищ Советское правительство сразу после войны потребовало от местной власти их благоустройства. Особенно эта работа активизировалась к юбилейным датам. Например, к 20-летию Победы Генеральный штаб ВС СССР обязал военные округа и военкоматы иметь специальные карточки на военнослужащих, погибших в боях и умерших в госпиталях, уточнить их имена и занести на памятники. Активно пропагандировал такую деятельность и маршал И. С. Конев. Затем аналогичные указы и распоряжения издавались в конце 1980-х и в начале 1990-х гг. В итоге, в большинстве регионов страны появились Книги Памяти воинов, защитников Отечества, с местами их захоронений.

Однако эта работа из-за проблем военного и сложного перестроечного времени пока не закончена, она продолжается и сегодня. По данным помощника заместителя министра обороны, генерала А. В. Кирилина, пока известно о 42 тыс.

воинских захоронениях (с учетом территорий иностранных государств – авт.). В них погребено почти 8 млн. 500 тыс. человек и свыше 50% из них числятся неизвестными. Вместе с гражданскими поисковиками, выявлением таких людей занимаются и военнослужащие 90-го отдельного спецбатальона. Положительные изменения в поисковую работу внес ноябрьский приказ Министерства Обороны 2014 г. «Об утверждении порядка и организации и проведении поисковой работы...» По этому приказу, наконец, активно стали рассекречивать многие архивные документы, в том числе, связанные с тыловыми госпиталями и их захоронениями. Эти материалы впервые стали доступными даже в Российских информационных системах [1, с. 359; 5].

В настоящее время первоначальный невзрачный облик сохранившихся погребений, также изменен различными реконструкциями, которые регулярно проводились в области уже после войны. В благоустройстве кладбищ принимают участие работники военкоматов, общественных, церковных и ветеранских организаций, промышленных предприятий и учебных заведений. На собранные средства местными художниками, архитекторами, скульпторами были подготовлены современные проекты оформления могил. На этих местах кирпич, бетон, мрамор заменил ветхие надмогильные столбики.

Все захоронения после реконструкций делятся на три типа. Первый - рядом с могилами (иногда в стороне – авт.) на кубических постаментах установлены четырехгранные пирамиды или прямоугольные стелы (кл. Мариинска, Прокопьевска, Кемерово, Ленинска-Кузнецкого). Второй – на небольшом участке кладбища возведен обширный каменный стилобат, и на нем в два ряда уложены мемориальные доски, а также, ближе к входу на мемориал, стоят две памятные стелы (кл. Новокузнецка). Третий – в декоративных оградках, центры кладбищ разбиты прямо на земле и отмечены траурными стелами и надгробными плитами (кл. Анжеро-Судженска, Прокопьевска). На большинстве мемориалов зафиксированы стандартные надписи: «Вечная память защитникам Родины...», или «Воинам Советской Армии, погибшим при защите Родины». Есть и другие близкие варианты. Вместе с тем, на мемориальные доски занесены по нашим неполным данным, свыше 90% умерших в госпиталях Анжеро-Судженска, Ленинска-Кузнецкого, Мариинска. Менее 40% в Кемерово, Прокопьевске, Новокузнецке. Однако война не закончена, пока не найден последний погибший солдат, она продолжается и в Кузбассе, где есть захоронения безвестных героев, требующих к себе внимания, хотя бы за счет выявления и благоустройства их могил [2, 3].

### **Выводы**

Таким образом, воинские кладбища свидетельствуют о том, что в них захоронен, в основном, рядовой состав красноармейцев разных возрастов, национальностей, родов войск. Солдатские погосты ценны и тем, что они сохраняют память не только о героических защитниках Родины, но и являются

дополнительным вещественным источником госпитального дела в глубоком сибирском тылу. Однако сегодня они требуют постоянного ухода и ежегодного ремонта.

### **Источники и литература / Sources and references**

1. Военные комиссариаты: История создания и развития (1918–2018 гг.) / Воен. истор. труд: монография. Мин. обороны РФ. – Москва, 2018. – 368с.
2. Горелов Ю. П. Памятники Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. Кемеровской области: Эвакогоспитали и захоронения. – Кемерово, 2000. – 120с.
3. Горелов Ю. П. Потерянные могилы // Московский Комсомолец в Кузбассе. 2020. 17-14 июня.
4. Колесников В. И. «Мы помним ваши имена...» – Кемерово, 2019. – 172с.
5. Кирилин А. А. «... захоронены как неизвестные»// Московский Комсомолец. 2018. 9-16 мая.
6. Лопатин А. А. Кемеровский некрополь: к постановке проблемы/ Балибаловские чтения: VI науч.-практ. конф. – Кемерово, 2011. – с.75-78.
7. Ростов Н. Д. Мобилизация транспортных ресурсов Сибири в годы Великой Отечественной войны (1941-1945гг.). – Барнаул, 2011. – 187 с.

ПОМЫТКИНА Т. Е., ТЕРЕХИНА В. С.

#### **ВЫДАЮЩИЕСЯ ЛЮДИ КУЗБАССА: М. Н. ГОРБУНОВА**

*Кафедра поликлинической терапии, последипломной подготовки  
и сестринского дела*

*Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово*

ROMYTKINA T. E., TEREKHINA V. S.

#### **OUTSTANDING PEOPLE OF KUZBASS: M. N. GORBUNOVA**

*Head of the Department of Polyclinic therapy, postgraduate  
training and nursing*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo*

***Аннотация:** Не каждый знает, что героями войны были не только люди, носившие военную форму, но и врачи, и медсестры, которые давали раненым вторую жизнь, воскрешали их. Мария Нестеровна Горбунова (1912 – 1994 гг.) – ветеран Великой Отечественной войны и труда, заслуженный врач РСФСР. Она внесла существенный вклад в развитие здравоохранения Кемеровской области. Особое внимание заслуживает её врачебная деятельность.*

***Ключевые слова:** Мария Нестеровна Горбунова, Великая Отечественная война, Кузбасс, здравоохранение, врач, медицина.*

***Abstract:** Not everyone knows that the heroes of the war were not only people who wore military uniforms, but also doctors and nurses who gave the wounded a second life, resurrected them. Maria Nesterovna Gorbunova (1912-1994) - veteran of the Great Patriotic War and labor, Honored Doctor of the RSFSR. She made a significant contribution to the development of health care in the Kemerovo region. Her medical work deserves special attention.*

***Keyword:** Maria Nesterovna Gorbunova, Great Patriotic War, Kuzbass, healthcare, doctor, medicine.*

Горбунова (Солдатенко) Мария Нестеровна родилась 17 сентября 1912 г. в небольшой деревеньке Федотова-Буда, Климовического уезда Могилевской губернии Российской империи (ныне Республика Беларусь – авт.). Родители были крестьянами, в семье росли еще трое детей (два брата и сестра). Детство было трудным, нужно было помогать родителям по хозяйству. Маленькая Маша делала все: пасла коров, поливала и полола огород. С самого раннего детства она не мыслила себя без труда и очень хотела учиться.

Окончив школу, она поехала к старшему брату в Сталино (Донецк). Он работал там шофером. В 1930 г. Мария поступила на рабочий факультет медицинского института, где проучилась три года, а затем училась в самом институте. Материально ей помогал старший брат. О нём Мария Нестеровна всегда вспоминала с теплотой: «Благодаря ему я и получила высшее образование». На втором курсе института, она ездила в Ворошиловград (ныне Луганск – авт.), читала там курс остеологии (хорошо знала кости – авт.). На последнем курсе института работала медицинской сестрой.

Институт Мария Нестеровна окончила в 1936 г. по специальности врач-лечебник. По комсомольской путевке, в числе пяти выпускников института, была направлена на работу в город Кемерово в распоряжение городского отдела здравоохранения,

Первые самостоятельные шаги в медицине Мария Нестеровна начала в должности врача-маляриолога поликлиники № 4 Кировского района. В это время было много эпидемий: брюшной тиф, дифтерия, полиомиелит и др. Мария Нестеровна проводила осмотры, ставила прививки. В 1937 г. её приняли участковым терапевтом на шахту «Пионер», где она проработала год [1].

1938 г. Мария Нестеровна вышла замуж за инженера Ивана Горбунова и перешла работать в Рудничную больницу на должность акушера-гинеколога и проработала там до 1941 г. В этом же году Мария Нестеровна вступила в партию. У неё родился сын и всё складывалось хорошо: только бы жить и радоваться жизни. Но всё это со страшной силой перечеркнула война. В первый же день войны Марию Нестеровну вечером вызвали в военкомат. Приказ: «Будете начальником эвакогоспиталя № 1230, врач Горбунова!». Ей очень хотелось спросить, что это за должность? И справлюсь ли я? Но спросить не успела, словно угадывая её мысли, сказали: «Вы - коммунист! Справитесь!» [2].

Тогда ей было 29 лет. За плечами 5 лет врачебной практики. Организаторами, как и солдатами не рождаются. Судьбе было угодно сделать

Марию Горбунову солдатом и организатором одновременно летом 1941 г. Военное время, сотни раненых, их надо было непременно вернуть в строй, медперсонала в подчинении было 200 человек, руководить которыми было не просто...

Госпиталь общехирургического и терапевтического профиля на 600 мест планировался изначально как инфекционный. Но огромный поток раненых уже в сентябре 1941 г. изменил его профиль на хирургический. Высоквалифицированные специалисты работали над изучением остеомиелитов огнестрельного происхождения и вялотекущих раневых процессов. Уже в конце 1941 г. врачи умело сшивали связки, мышцы и даже нервы. Благодаря именно такой операции на кисти раненый сибиряк Г. Яненко снова смог играть на своем любимом баяне. Госпиталь имел 5 отделений, и в каждом применяли новые для того времени методы лечения и препараты: лечение физкультурой, парафином, специальной глиной, сульфазинем, стрептоцидом [5].

Мария Нестеровна тепло отзывалась о самоотверженном труде медиков эвакуогоспиталя № 1230, который располагался в школе (ныне это здание по улице И. Д. Черняховского 2 – авт.) [3, с. 16 – 18].

Труд в госпитале дал им всем на всю жизнь заряд удивительной работоспособности, воспитал умение не уставать, не унывать, не отступать перед трудностями. Её воспоминания об этих тяжелых для медицинского персонала годах приводятся в книге А. Б. Берлина «Новокузнецк в солдатской шинеле»: «Были случаи, когда молодых медицинских сестер, санитарок приводили в чувство после обморока, и они снова шли к раненым в палату, пропахшую лекарством» [3].

До марта 1944 г. Горбунова М. Н. проработала в эвакуогоспитале, а затем была назначена начальником лечебного сектора Кемеровского областного отдела здравоохранения. Новосибирская область, из которой в 1943 г. выделилась Кемеровская область, оставила здравоохранению Кузбасса небогатое наследство: больницы и поликлиники ютились в старых деревянных зданиях. Министр здравоохранения СССР и его заместители сказали тогда М. Н. Горбуновой: «Надо энергично строить и строить базу, оснащённую по-современному». Она восприняла это как приказ. Её во всех добрых начинаниях поддерживал Кемеровские областной комитет партии и областной исполнительный комитет. Удалось повернуть к нуждам здравоохранения и хозяйственных руководителей.

В феврале 1945 г. М. Н. Горбунову назначили заместителем заведующего Кемеровским областным отделом здравоохранения. На этой должности она проработала 5 лет до февраля 1950 г. Поднимались больничные корпуса и в сёлах. М. Н. Горбуновой были дороги объекты здравоохранения во всех районах: много сил и энергии вложила она в их строительство. Ещё одному важнейшему делу дала она жизнь: вопросам травматизма и заболеваемости на шахтах и заводах, заботе о здоровье рабочих химических производств.

В 1950 г. Марию Нестеровну Горбунову утвердили секретарем

Кемеровского городского комитета ВКП (б), а в 1951 г. – главным врачом городской поликлиники специального назначения. С марта 1955 г. по август 1972 г. она возглавляла Кемеровский областной отдел здравоохранения и внесла большой вклад в строительство больниц в регионе и в подготовку медицинских кадров.

За открытие в Кемерово медицинского института выступали партийные и советские руководители области. М. Н. Горбунова не раз доказывала необходимость этого в Госплане СССР, в Министерстве здравоохранения. После открытия вуза в составе одного лечебного факультета, Мария Нестеровна продолжала убеждать руководителей министерства в открытии стоматологического и педиатрического факультетов.

М. Н. Горбунова стучалась в любую дверь, когда надо было решать острую проблему подготовки средних медицинских кадров. В 5-ти городах области вместо ветхих деревянных зданий «выросли» просторные учебные аудитории и общежития медицинского училища.

В сентябре 1972 г. Мария Нестеровна возглавила поликлинику № 4. Тогда было построено современное здание больницы. В 1982 г. она ушла на заслуженный отдых в 1982 г. Мария Нестеровна прослужила своему благородному делу – здравоохранению Кузбасса 46 лет. Советское государство отметила её труд наградами:

1967 г. – орден Ленина,

1971 г. – орден Трудового Красного Знамени.

1943 г. – орден Красной Звезды,

1960 г. – орден Знак Почёта,

1945 г. – медаль «За победу над Германией в Великой Отечественной войне (1945 – 1945 гг.)».

В 1961 г. М. Н. Горбуновой было присвоено почётное звание «Заслуженный врач РСФСР» [4].

Ученики М. Н. Горбуновой в каждом городе, в любом районе области. Она всегда видела смысл своей жизни в том, чтобы подрастала достойная смена молодых врачей, медицинских сестёр, которые охраняли бы здоровье народа.

М. Н. Горбунова всегда считала и всей своей благородной деятельностью доказывала, что чувство ответственности перед народом не должно покидать медика, врача или медсестру всю жизнь! И мы должны об этом помнить, добиваться этого своей работой, своим трудом и чтить память о Марии Нестеровне Горбуновой, чье имя с 1995 г. носит одно из медицинских учреждений Кемерово

В 2002 г. в Кемеровской области была учреждена Премия имени М. Н. Горбуновой. Звание «Лауреат премии имени М. Н. Горбуновой» является ведомственной наградой региона и присваивается врачам – организаторам здравоохранения, внесшим существенный вклад в развитие здравоохранения Кемеровской области путем разработки и внедрения новых организационных

форм управления здравоохранением с высокой экономической и медицинской эффективностью.

В 2002 г. в Кемерово, в день 90-летия со дня рождения М. Н. Горбуновой была установлена памятная доска на фасаде городской больницы № 1 ГАУЗ КО «Клинического диагностического центра» (улице Весенняя – 9 а), которая носит её имя. М. Н. Горбунова – Почётный гражданин Кемеровской области.

Дочь Марии Нестеровны, зять и младший внук продолжили династию медиков.

### **Источники и литература / Sources and references**

1. История Горбуновой Марии Нестеровны / Общественная палата Кемеровской области – Кузбасса: [Ведущий портал России]. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://орко42.ru/mgorbunova> (Дата обращения: 25.01.2021)
2. Кузбасская библиотека для детей и молодежи: 75 подвигов Кузбасса: Госпитали / Artefact [гид по музеям России с технологией дополненной реальности]. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://artefact.app/ru/subject/gospitali> (Дата обращения: 25.01.2021)
3. Горелов Ю. П. Памятники Великой Отечественной войны 1941 – 1945 гг. Кемеровской области: эвакогоспитали и захоронения: Материалы к своду памятников истории и культуры России. – Кемерово: Кузбассвузиздат, 2000.
4. Медицина Кузбасса в годы Великой Отечественной войны / Библиотека ГБПОУ «Комк» [Ведущий портал России]. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://project2048154.tilda.ws/> (Дата обращения: 23.01.2021).
5. Ветераны бьются за память о кемеровских эвакогоспиталях, а власти молчат... Будет ли забыт подвиг кузбасских тыловых госпиталей? – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.mk-kuzbass.ru/social/2020/03/18/veterany-byutsya-za-pamyat-o-keмеровskikh-evakogospitalyakh-a-vlasti-molchat.html> (Дата обращения: 23.01.2021).

СОРОКИНА В. А.<sup>1</sup>, ЛОПАТИН А. А.<sup>2</sup>, СЕЛЕДЦОВ А. М.<sup>3</sup>

### **СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ В КУЗБАССЕ**

<sup>1</sup> Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница, г. Кемерово

<sup>2</sup> Кемеровский областной клинический наркологический диспансер, г. Кемерово

<sup>3</sup> Кемеровский государственный медицинский университет, Россия, г. Кемерово

SOROKINA V. A. <sup>1</sup>, LOPATIN A. A. <sup>2</sup>, SELEDTSOV A. M. <sup>3</sup>

### **FORMATION AND DEVELOPMENT OF PSYCHIATRY AND NARCOLOGY IN KUZBASS**

<sup>1</sup> Kemerovo Regional Clinical Psychiatric Hospital, Kemerovo

<sup>2</sup>*Kemerovo Regional Clinical Narcological Dispensary, Kemerovo*  
<sup>3</sup>*Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo*

**Аннотация:** В статье рассматриваются вопросы, связанные с организацией и развитием в Кузбассе психиатрической и наркологической служб, основной акцент в работе которых делается на возвращение пациента в общество на основе расширения внебольничных форм помощи и внедрения малозатратных технологий. Цель данной статьи – проанализировать этапы становления психиатрической и наркологической служб на территории Кемеровской области, выявить закономерности и особенности в развитии данного направления регионального здравоохранения.

**Ключевые слова:** психиатрическая и наркологическая службы, этапы становления, оказание специализированной психиатрической помощи, современные технологии, новые диагностические и терапевтические алгоритмы, персонализированная терапия, перспективы развития, Кемеровская область.

**Abstract:** The article discusses issues related to the organization and development of psychiatric and drug treatment services in Kuzbass, the main focus of which is on the patient's return to society through the expansion of out-of-hospital forms of care and the introduction of low-cost technologies. The purpose of this article is to analyze the stages of the formation of psychiatric and narcological services in the Kemerovo region, to identify patterns and features in the development of this area of regional health care.

**Keywords:** psychiatric and narcological services, stages of formation, provision of specialized psychiatric care, modern technologies, new diagnostic and therapeutic algorithms, personalized therapy, development prospects, Kemerovo region.

Известно, что совершенствование форм помощи душевнобольным происходило по мере того, как психиатрия превращалась в медицинскую дисциплину. В России начало данного процесса было инициировано учреждением в 1775 г. Екатериной II в губерниях Приказов общественного призрения, в числе функций которых были организация и управление приютами для умалишенных.

В 1793 г. при Тобольском остроге открылось первое в Сибири специализированное помещение для содержания и лечения душевнобольных, названное «сумасшедший дом». В «Рабочий, или смирительный дом» помещались «гуляки, люди непотребного поведения... ленивые, нищие... для проживания там и работы». Там же были организованы комнаты для изоляции от общества «буйных умалишенных и слабоумных» [1].

В 1909 г. была открыта первая в Сибири психиатрическая лечебница на 1 050 коек, из них 850 – для больных, содержащихся за счет земских сборов, 100 – для испытуемых подследственных арестантов и 100 коек – для частных пациентов за плату. Эти места распределялись между сибирскими губерниями и областями. К примеру, для Томской губернии предназначалось 265 коек, для Тобольской – 180, для Енисейской – 75, для Иркутской – 60, для Забайкальской – 85, для Семипалатинской – 85 коек. Для особого района российской КВЖД в Манчжурии – 15 коек.

Пациентов в больницу доставляли из самых отдаленных мест Сибири,

нередко в цепях, кандалах, связанных веревками [1]. До 1931 г. жители Кемеровской области, которая входила в состав Томской губернии, а затем Новосибирского округа, получали лечение в психиатрических лечебницах этих территорий. В 1931 г. был организован психоизолятор при нервном отделении окружной больницы г. Щегловска, а в 1932 г. открывается психоизолятор на 10 коек при первой городской больнице Сталинска (г. Новокузнецк).

В 1937 г. психоизолятор в г. Кемерово (до 1932 г. Щегловск) преобразуется в психиатрическое отделение при окружной больнице, (заведующий врач Надежда Михайловна Ферапонтова), которое в 1939 г. приказом по Облздравотделу г. Новосибирска было преобразовано в психиатрическую больницу.

В 1940-е – 1950-е гг. Кемеровская психиатрическая больница располагалась в трех обветшалых деревянных зданиях, огороженных от постороннего взгляда обывателей изгородью из заостренных горбылей. В 1956 г. главным врачом Кемеровской областной психиатрической больницы был назначен заслуженный врач России, к.м.н. Моисей Аронович Мазур.

С этого времени начинается период систематизированного развития материальной базы психиатрической службы, децентрализация сети, организация диспансерных отделений. Врачи-психиатры проходят обучение у известных психиатров советского периода: академиков Е. А. Попова, А. В. Снежневского, О. В. Кербикова, Г. В. Морозова, профессоров Г. Е. Сухаревой, Э. Я. Штернберга.

Психиатрическая служба Кемеровской области формировалась с учетом новых современных подходов к лечению, реабилитации и содержанию психически больных. Новые тенденции предусматривали формирование единого лечебно-реабилитационного комплекса, включающего в себя стационарные и амбулаторные подразделения. Именно Кемеровская областная психиатрическая больница «запатентовала» такую новую для того времени форму помощи, как «стационар на дому». Это приоритетное направление стало активно разрабатываться с 1960 г.

В том же году на базе больницы был организован курс по психиатрии Кемеровского медицинского института. Единственным штатным сотрудником в то время был к.м.н. Юрий Григорьевич Козлов. За короткий период времени курс приобрел формат кафедры, которая пополнилась в 1961–1963 гг. энергично-инициативной молодежью. Это были новые ассистенты: участник Великой Отечественной войны Владимир Алексеевич Мильченко, Эмма Семеновна Вишневская и Анатолий Алексеевич Корнилов.

К 1964 г. в составе психиатрической службы Кемеровской области в целом насчитывалось уже 2050 стационарных коек, сконцентрированных на территории пяти крупных промышленных центров (Калтан, Новокузнецк, Прокопьевск, Ленинск-Кузнецкий, Кемерово).

В других городах области и сельских районах психиатрическая помощь

оказывалась в психиатрических кабинетах. Наряду с формированием материальной базы, децентрализацией психиатрической помощи интенсивно совершенствовалась организационная структура службы и система её управления.

В 1967 г. был построен и введен в эксплуатацию больнично-реабилитационный комплекс, в котором разместилась Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница. Это был мощный стимул для последующего развития и модернизации форм психиатрической помощи населению области.

Но уже в 1970-х гг. наркологическая сеть в структуре психиатрической службы не справлялась со своими задачами. Это объяснялось все возрастающей потребностью в специализированной медицинской помощи больным алкоголизмом и наркоманией. Коллегия Министерства Здравоохранения СССР 24 июля 1975 г. приняла решение о создании в стране самостоятельной наркологической службы. Стала организовываться сеть республиканских, краевых и областных наркологических диспансеров, как центров по организации наркологической помощи населению. Приказом Министерства Здравоохранения СССР от 26.12.1975 г. в номенклатуру врачебных специальностей была введена специальность «психиатр-нарколог» [2].

Тогда впервые в Кузбассе стали вести прием участковые врачи психиатры - наркологи и фельдшеры-наркологи. Начали открываться наркологические диспансеры, лечебно трудовые профилактории, наркологические отделения и кабинеты. Кроме того, это было время становления промышленной наркологии. Приказом Кемеровского облздравотдела от 07.02.1984 № 67 было утверждено решение об открытии областного наркологического диспансера под руководством Эдуарда Самуиловича Гоберника [3]. Приказами городских отделов здравоохранения в середине 1980-х гг. создаются наркологические диспансеры в Новокузнецке и Прокопьевске.

Несмотря на годы экономического застоя, в Кемеровской области была разработана и внедрена современная форма хозяйственного механизма, основанная на внедрении экономических рычагов в деятельность психиатрических учреждений. Поэтапное осуществление дифференцированных комплексных лечебно-реабилитационных программ обеспечило реабилитацию и возвращение к труду значительной части длительно болеющих пациентов и позволило предупредить их «застревание» в стационаре.

В 1982 г. областную психиатрическую больницу и психиатрическую службу Кузбасса возглавил Геннадий Григорьевич Платонов. Заслуженный врач России, доктор медицинских наук, практик с огромным клиническим опытом и фундаментальными теоретическими знаниями, он приложил все силы, чтобы достигнутые рубежи не были утрачены в сложные годы экономических неурядиц. Он сохранил кадровый потенциал больницы, внес вклад в развитие новых научных направлений. Его диссертационные исследования были посвящены вопросам организации специализированной психиатрической помощи и вопросам

экономики здравоохранения.

Наркологическая служба Кемеровской области также создавалась и развивалась на базе психиатрической службы региона. В частности, уже в 1960-х гг. в связи с ростом наркологических заболеваний среди населения Кузбасса при психиатрических больницах области стали открываться наркологические отделения.

Свое самостоятельное развитие Кемеровская областная наркологическая служба получила на базе Кемеровской областной психиатрической больницы в 1974 году в виде наркологического диспансерного отделения. Как самостоятельное лечебно-профилактическое учреждение областной наркологический диспансер был открыт в 1984 году, на основании приказа Кемеровского Облздравотдела № 67 от 07.02.1984. Главным врачом был назначен Эдуард Самуилович Гоберник.

Несколько иное направление деятельности было у муниципального медицинского учреждения «Городской центр медико-психологической помощи» (ГЦМПП), образованного в 1993 году постановлением Администрации г. Кемерово от 27.05.1993 № 128 «О создании городской суицидологической службы г. Кемерово».

В 2002 г. профессор Наталья Петровна Кокорина совместно с коллегами открыла первый в Российской Федерации реабилитационный Центр для несовершеннолетних с наркологическими расстройствами, в котором дети и подростки одновременно со специализированной наркологической помощью, получают среднее образование, профессию с дальнейшим трудоустройством.

В 2006 г. под руководством Натальи Петровны была сформирована полноценная областная наркологическая служба, включающая диагностические, лечебно-реабилитационные и профилактические подразделения с оказанием специализированной медицинской помощи по профилю психиатрия-наркология.

В 2010 г. Н. П. Кокориной была разработана и совместно с коллегами внедрена в практику работы медицинских организаций Кузбасса лечебно-реабилитационная программа для наркозависимых «Фламинго», которая в 2013 г. была признана лучшей в Российской Федерации. В настоящее время данная программа совместно с методическими рекомендациями используется в практике реабилитационных центров России.

По решению Губернатора Кемеровской области С. Е. Цивилёва в 2020 г. имя доктора медицинских наук, профессора кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Кемеровского государственного медицинского университета Натальи Петровны Кокориной присвоено Кузбасскому клиническому наркологическому диспансеру [4].

Его деятельность была направлена на раннее выявление, профилактику и лечение лиц с суицидоопасным поведением. Инициатором и организатором создания первого в России суицидологического Центра выступила Наталья Петровна Кокорина. Возглавил Городской центр медико-психологической

помощи Андрей Анатольевич Лопатин.

Новиков Вадим Эдуардович, доктор медицинских наук, главный областной специалист психиатр, главный психиатр МЗ РФ в СФО руководил Кемеровской областной клинической психиатрической больницей с 2001 г. по 2009 г. В этот период на базе больницы произошло множество модернизационных перемен и положительных преобразований. Было открыто психотуберкулезное отделение на 130 коек. Организована система оказания экстренной психолого-психиатрической помощи лицам, пострадавшим при чрезвычайных ситуациях. Сформирована мобильная психолого-психиатрическая бригада постоянной готовности. Начато строительство стационарного судебно-психиатрического отделения для лиц, содержащихся под стражей. Открыто отделение интенсивной терапии с палатой психореанимации.

Распоряжением Губернатора Кемеровской области от 27.07.2006 № 94-рг Кемеровский наркологический клинический диспансер и Кемеровский областной наркологический диспансер реорганизованы и объединены в Кемеровский областной клинический наркологический диспансер, являющийся ведущей специализированной медицинской организацией, организующей профилактическую антиалкогольную и антинаркотическую работу в регионе. Его бессменным руководителем является профессор, главный областной специалист психиатр - нарколог, главный специалист психиатр МЗ в СФО Андрей Анатольевич Лопатин. Реабилитационное отделение «Фламинго» Кемеровского областного клинического наркологического диспансера является победителем конкурса на лучшую реабилитационную программу для больных наркологического профиля, проводимую Министерством здравоохранения Российской Федерации. В основе этой универсальной программы лежит комплексный подход к проблеме возвращения пациентов к трезвой жизни.

В настоящее время психиатрическую больницу возглавляет к.м.н., главный специалист психиатр МЗ в СФО Вероника Альбертовна Сорокина. Под её руководством построен и введен в эксплуатацию корпус, где разместился Областной центр профилактики общественно опасных действий, внедрена система персонифицированного учета лекарственных средств, многоуровневая система контроля качества и безопасности оказания специализированной психиатрической помощи, социально ориентированная система реабилитационных мероприятий, оказание психиатрической помощи мультидисциплинарными бригадами. Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница награждена дипломом I степени во Всероссийском конкурсе «За подвижничество в области душевного здоровья» им. академика РАМН Т.Б. Дмитриевой. Психиатрическая служба Кемеровской области является победителем Конкурса и обладателем звания Лучший регион РФ за разработку системной и этапной научно-практической модели оказания психиатрической помощи.

В настоящее время психиатрическая служба Кемеровской области представлена 5-ю психиатрическими больницами, 5-ю психиатрическими диспансерами, 18-ю психиатрическими кабинетами в структуре городских и районных больниц. В целом в области насчитывается 2 405 стационарных психиатрических коек, 733 места в дневных стационарах, 400 мест в стационарах на дому, 397 мест в лечебно-трудовых мастерских и амбулаторный приём на 1 745 больных в сутки. Высококвалифицированную психиатрическую помощь в Кемеровской области оказывают 265 врачей-психиатров. Из них 193 врача-психиатра имеют квалификационные категории [5]. В практической психиатрии защитили диссертации и работают 2 доктора и 5 кандидатов медицинских наук.

Наркологическая служба Кемеровской области представлена широкой сетью наркологических диспансеров и специализированных наркологических подразделений при медицинских организациях региона. В области развернуто 442 наркологических койки для круглосуточного пребывания пациентов. Амбулаторная помощь представлена 47-ю взрослыми и 30-ю детскими наркологическими кабинетами, 11-ю дневными стационарами, рассчитанными на 226 пациенто-мест. Реабилитационную помощь оказывают 4 реабилитационных отделения, развернутых в Кемерово, Новокузнецке и Прокопьевске. В 27 кабинетах наркологических подразделений Кемеровской области проводится медицинское освидетельствование на состояние опьянения. Организованная система медицинского освидетельствования на состояние опьянения, в том числе несовершеннолетних, доступна во всех городах и районах Кемеровской области. В области функционируют 3 химико-токсикологические лаборатории, осуществляющие исследования по аналитической диагностике наличия в организме человека алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ.

Распоряжением правительства Кемеровской области–Кузбасса от 03.04.2020 №161-р государственное бюджетное учреждение здравоохранения Кемеровской области «Кемеровский областной клинический наркологический диспансер» переименовано в государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Кузбасский клинический наркологический диспансер».

Кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии Кемеровского государственного медицинского университета с 1971 г. по 1975 г. руководил профессор Евгений Иосифович Терентьев, приехавший из Монголии, где длительное время работал врачом. Его докторская диссертация была посвящена проблеме бреда ревности. Научные работы ученого и в настоящее время вызывает профессиональный интерес у специалистов.

Профессор Анатолий Алексеевич Корнилов, возглавлявший кафедру 15 лет, воспитал целую плеяду учеников. Под его руководством были защищены 18 кандидатских и 1 докторская диссертация. Тема его диссертационных исследований определила научное направление кафедры.

Профессор Наталья Петровна Кокорина начала свою работу на кафедре

в 1970 г. Через 3 года она защитила кандидатскую диссертацию, а в 1994 г. – докторскую, посвященную психическому здоровью шахтеров. Под её руководством были защищены 4 кандидатские диссертации.

Профессор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Андрей Анатольевич Лопатин в 1990 г. защитил кандидатскую, а в 2000 г. докторскую диссертацию по суицидальному поведению жителей Кузбасса.

С 1998 г. по настоящее время кафедру возглавляет профессор Александр Михайлович Селедцов, защитивший в 1986 г. кандидатскую, в 1994 г. докторскую диссертацию по проблемам алкоголизма и наркомании. Под его руководством организованы и проводятся циклы общего усовершенствования и профессиональной переподготовки для врачей по специальностям психиатрия, психиатрия-наркология, защищены 4 кандидатские диссертации. Почти 20 лет он возглавлял факультет последиplomной подготовки. Является членом Проблемной комиссии Научного Совета по наркологии РАН РФ, членом редколлегии научно-практического рецензируемого журнала «Сибирский вестник психиатрии и наркологии».

Коллектив сотрудников кафедры активно занимается научной работой. Ежегодно преподавателями кафедры публикуется не менее 20-30 статей в сборниках и журналах, в том числе научно-рецензируемых. Регулярно издаются методические рекомендации. Основными научными направлениями кафедры являются подростковая наркология, суицидология, органические заболевания головного мозга, психосоматические расстройства. Использование современных научных и практических достижений с учетом лечебно-реабилитационных возможностей внебольничных подразделений обеспечивает психиатрической и наркологической службе поступательное движение вперед и прогрессивное развитие. Позволяет сокращать сроки пребывания больных в стационаре за счет более ранней выписки их в промежуточные подразделения для долечивания и проведения последующих комплексных психосоциореабилитационных мероприятий.

### **Источники и литература / Sources and references**

1. Дунбинский, И. А., Костылева Е. А., Сорокин А. Н. Вклад научного сообщества Императорского Томского университета в организацию психиатрической помощи и призрения душевнобольных на материалах работы секции психиатрии первого съезда врачей Томской губернии (1917 г.) // Вестник Томского государственного университета. – История. – 2018. – №56.
2. Приказ Министерства Здравоохранения СССР от 26.12.1975 г. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/4120376/> (Дата обращения: 6.03.2021).
3. История. Кузбасский Клинический Наркологический диспансер. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://narco42.ru/istoriya/> (Дата обращения: 6.03.2021).

4. О присвоении государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Кузбасский клинический наркологический диспансер» имени Кокориной Натальи Петровны. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://bulleten-kuzbass.ru/bulletin/293616> (Дата обращения: 6.03.2021).
5. Дубская Ю. В., Вострых Д. В., Лопатин А. А., Рычагов Ю. В. Опыт взаимодействия специалистов наркологической службы и первичного звена здравоохранения по профилактике наркологических расстройств среди населения Кузбасса// Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и клинической психологии: сборник материалов Международной научно-практической конференции, посвященной 115-летию со дня рождения австрийского психиатра и психолога В.Э. Франкла (Кемерово, 18 сентября 2020 г.) / Отв. ред. А. М. Селедцов, А. А. Лопатин, Г. В. Акименко, Ю. Ю. Кирина. – Кемерово: КемГМУ, 2020. – С.96.

АЛЬТМАЕР О. А.

**СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ ПРОКОПЬЕВСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО  
ОРТОПЕДО-ХИРУРГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО  
ЛЕЧЕНИЯ**

*Кузбасский медицинский колледж, Прокопьевский филиал, г. Прокопьевск*

ALТМАЕР О. А.

**FORMATION AND DEVELOPMENT OF ONE OF THE LEADING MEDICAL  
INSTITUTIONS OF KUZBASS**

*State budgetary professional educational institution "Kuzbass Medical College"  
Prokopyevsk branch, Prokopyevsk*

*Аннотация:* Статья посвящается рассмотрению этапов становления и развития одного из старейших лечебных учреждений Кузбасса – Клинического ортопедо-хирургического центра восстановительного лечения.

*Ключевые слова:* пациент, травматология, ортопедия, диагностика, операции.

*Abstract:* The article is devoted to the consideration of the stages of formation and development of one of the oldest medical institutions in Kuzbass - the Clinical Orthopedic and Surgical Center for Rehabilitation.

*Keywords:* Patient, traumatology, orthopedics, diagnostics, operations.

Больница имеет давнюю историю, которая начиналась в пятидесятых годах XX в. Молниеносно развивался Прокопьевский рудник, а с ним совершенствовалась служба здравоохранения Кузбасса. В те нелегкие времена стало большим достижением образование травматологической больницы. Это

обусловлено спецификой города Прокопьевска, как «одного из самых шахтерских городов нашей области».

**Цель исследования** – изучение становления и развития одного из ведущих медицинских учреждений Кузбасса – Клинического ортопедо-хирургического центра восстановительного лечения.

### **Материалы и методы исследования**

В ходе подготовки данной работы были проанализированы литературные и интернет-источники. Использовались проблемно-исторический и историко-хронологический методы.

### **Результаты и их обсуждение**

В 1932 г. в городской больнице города Прокопьевска было открыто травматологическое отделение, рассчитанное на 30 коек. Заслуга создания отделения принадлежит Михаилу Ивановичу Никифорову. Являясь заведующим городским отделом здравоохранения, Михаил Иванович затратил много сил и энергии, чтобы доказать в Москве, что нашему шахтерскому городу нужна больница по оказанию помощи пациентам с травмами и заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Говорил о необходимости создания научно-исследовательского института на базе больничного комплекса. Получив разрешение и поддержку правительства, началось строительство травматологической больницы [1].

М. И. Никифоров успешно совмещал врачебную и организационную деятельность, ежедневно контролировал строительство и озеленение территории травматологической больницы. 1 января 1957 года на основании решения Минздрава СССР и приказа отдела здравоохранения города Прокопьевска на базе травматологического отделения образована Травматологическая больница. Это стало огромным достижением в медицинском обеспечении шахтеров. Были открыты следующие отделения: травматологическое, клинико-диагностическая лаборатория, терапевтическое, урологическое, гинекологическое, физиотерапевтическое, рентгенологическое, родильное, нейрохирургическое, костнотуберкулезное, отделение челюстно-лицевой хирургии, травматологический пункт, консультативная поликлиника, кабинет лечебной физкультуры. Создана профсоюзная организация. В последующие года была организована бактериологическая лаборатория. В 1959 году открыто детское травматолого-ортопедическое и ожоговое отделения, отделение функциональной диагностики. Открыта служба переливания крови [2].

Первым главным врачом больницы стала Нина Андреевна Нефедова. В ней прекрасно сочетались организационные и профессиональные качества врача. На должности руководителя она находилась на протяжении пяти лет.

Следующим руководителем травматологической больницы стал заслуженный врач, доктор медицинских наук Климентий Григорьевич Ниренбург.

За 25 лет под его руководством медицинское учреждение превратилось в известный в стране центр травматологии, получивший в 1961 г. статус областного. Благодаря К. Г. Ниренбургу были открыты ожоговый, микрохирургический, сосудистый, спинальный центры. Спинальный центр был признан лучшим в стране.

Именно в травматологической больнице одними из первых в области открылись: отделение анестезиологии и реанимации, генетическая и иммунологическая лаборатория. Знаменательным стало открытие Центра реабилитации шахтеров.

Слава больницы привлекала со всей страны не только людей, нуждающихся в квалифицированной медицинской помощи, но и ведущих врачей. Климентий Григорьевич понимал, что успех в лечении пациентов зависит от наличия квалифицированных кадров. Поэтому максимально привлекал в больницу со всей страны травматологов, нейрохирургов, анестезиологов с большим опытом работы и самой высокой квалификацией.

Из Ленинграда в Прокопьевск приехали кандидаты медицинских наук М. Л. Борщаговский, В. Г. Дьячков, Я. Д. Шохман и другие. Они делились с молодыми специалистами не только своим опытом лечения людей, но и культурой поведения в трудовом коллективе. К. Г. Ниренбург считал, что в основе успеха в медицинской деятельности лежит высокая ответственность, коллективизм, осознанная дисциплинированность и творческое отношение к труду [3, 4].

Практические наработки врачебного коллектива навели главного врача больницы на мысль о необходимости создания в Прокопьевске научно-исследовательского института травматологии. В 1962 г. на базе Областной травматологической больницы организован филиал Новосибирского НИИ травматологии и ортопедии. Проблемам профилактики и лечения травм у шахтеров посвящены кандидатская и докторская диссертации К. Г. Ниренбурга. В научных работах обоснована необходимость оказания специализированной медицинской помощи шахтерам при травмах, полученных под землей. В 1977 г. филиал был преобразован в Кузбасский научно-исследовательский институт травматологии и реабилитации. Врачи больницы стали авторами уникальных методик. Предложенная институтом методика лечения множественных переломов ребер позволила снизить летальность и инвалидность более чем в 10 раз. Научные разработки имели практическую направленность и широко внедрялись как в деятельность отделений больницы, так и за ее пределами. Это позволило воспитать из молодых врачей плеяду известных ученых. В их числе Н. М. Водянов, В. В. Агаджанян, Н. А. Литвинова, М. Я. Ханина и многие другие. К. Г. Ниренбург является основоположником системы реабилитации больных с позвоночно-спинномозговой травмой. Он основал в больнице единственный в Сибири и на Дальнем Востоке Центр реабилитации таких больных. Сам проводил плановые и экстренные операции [5].

К. Г. Ниренбург боролся за здоровье кузбассовцев и горняков в частности. Он стал одним из инициаторов создания Совета по координации научных исследований и внедрения в практику методов профилактики травматизма и его осложнений. Под его руководством проводилось обучение шахтеров по оказанию само- и взаимопомощи. Были смоделированы специальные носилки и амортизаторы. Бригады врачей больницы спускались по вызову в шахту и проводили там реанимационные и лечебные мероприятия.

В 1983 г. главным врачом больницы назначен Николай Михайлович Водянов. После окончания Сталинградского медицинского института (сейчас Волгоградский государственный медицинский университет) он был направлен в Областную травматологическую больницу. Защитив кандидатскую диссертацию «Лечение больных с повреждениями сухожилий пальцев и кисти», стал старшим научным сотрудником института. Защитив докторскую диссертацию, Н. М. Водянов назначен директором Кузбасского НИИ травматологии и реабилитации. В апреле 1983 г. становится главным врачом больницы. По его инициативе на базе КузНИИТР открыт межрегиональный центр микрохирургии. Им создана Сибирская школа пластических хирургов кисти и микрохирургов, подготовлено 150 травматологов по хирургии кисти и микрохирургии, что позволило открыть профильные отделения в городах Кузбасса. С годами крепла служба травматологии Кузбасса. Огромный опыт и желание использовать достижения в медицине, талант организатора позволили Николаю Михайловичу Водянову внести существенный вклад в улучшение организации специализированной помощи пострадавшим от различных травм. Под его руководством были открыты: отделение раневой инфекции, микрохирургическое отделение, отделение вертебрологии. В 1987 году начинает функционировать отделение консервативной реабилитации шахтеров с нейротравмой повреждениями опорно-двигательного аппарата [1].

Шли годы, на смену одним приходили новые руководители, оттачивалось мастерство врачей, расширялись объемы оказываемых медицинских услуг населению, открывались новые специализированные отделения. Перевод больницы в ранг клинического лечебного учреждения областного подчинения позволил в два раза увеличить штат врачебного и сестринского медперсонала. Это позволило обеспечить широкую доступность медицинской помощи для всех категорий пациентов. На сегодняшний день в больнице используются высокотехнологичные методы лечения больных. Широкое применение получили всевозможные виды остеосинтеза, эндопротезирования крупных и мелких суставов, артроскопические технологии, хирургическое лечение сколиотической болезни у детей. Ведется консультативная помощь [5, 6]. В больнице максимально сочетается доступность и качество лечения. В 2004 г. впервые в Кузбассе на базе детского травматолого-ортопедического отделения выполнена операция по лечению сколиотической болезни у детей. В 2006 г. больница стала лауреатом Международной премии «Профессия – Жизнь». Современная лечебно-

диагностическая база позволяет повысить качество диагностики и лечения пациентов, дает возможность защищать научные работы врачами больницы. На базе больницы функционируют клинические отделения, параклинические отделения и вспомогательные службы.

### **Выводы**

Главной ценностью и гордостью больницы являются работающие здесь медицинские сотрудники, знающие и любящие свое дело, вложившие свою душу и труд в одно из крупнейших лечебных учреждений области. О ценности трудового коллектива говорил еще выдающийся главный врач больницы Климентий Григорьевич Ниренбург. Много человеческих жизней спасли руки замечательных врачей – травматологов и их верных помощников в лечебной и профилактической работе медицинских сестер и младших медицинских работников. Активное участие врачи принимают в работе конференций и съездов. Результаты работы, полученные коллективом, свидетельствуют о высоком потенциале больницы, что является основой здравоохранения Прокопьевска и Кузбасса в целом.

### **Источники и литература / Sources and references**

1. Арсененко О. В., Беспалова Е. И. Областная клиническая ортопедохирургическая больница восстановительного лечения. – М.: «Кузбасс», 2017. – 144 с.
2. Аушева В. М. История края. – М.: Академия, 2018. – 240 с.
3. Зиновьев А. С. История создания крупнейших лечебных учреждений Кузбасса. – М.: Академия, 2016. – 125 с.
4. Знаменательные даты Кемеровской области – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://old.kemrsl.ru/dates/131> (Дата обращения: 05.03.2021).
5. ОП ГАУЗ ПГБ «Прокопьевский клинический ортопедо-хирургический центр восстановительного лечения» ОП. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://okohbvl.ru/>. (Дата обращения: 05.03.2021).
6. Центр науки и практики. Об областной клинической ортопедохирургической больнице восстановительного лечения – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://urok.1sept.ru/articles/674517>

СУНЦОВА М. А.

## ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ПРОКОПЬЕВСКЕ В 1957-2011 ГГ.

*Кузбасский медицинский колледж, Прокопьевский филиал, г. Прокопьевск*

SUNTSOVA M. A.

## HISTORY OF HEALTHCARE DEVELOPMENT IN PROKOPYEVSK IN 1957-2011

*Kuzbass Medical College, Prokopyevsk branch, Prokopyevsk*

*Аннотация:* В статье дается представление о развитии здравоохранения в Кузбассе и о значительном вкладе врача с жизненным принципом: «Максимум заботы о больных и максимум требовательности к себе».

*Ключевые слова:* Прокопьевск, Ниренбург, Травматология, Водянов.

*Abstract:* the article gives an idea of the development of health care in Kuzbass and the significant contribution of a doctor with the life principle: "Maximum care for patients and maximum self-demand»

*Keywords:* Prokop'yevsk, Nirenburg, Traumatology, Vodyanov.

В 2022 г. одному из старейших лечебных учреждений Кузбасса исполнится 65 лет. ГАУЗ ПГБ «Прокопьевский Клинический ортопедо-хирургический Центр Восстановительного лечения», имеет давнюю историю, которая началась в пятидесятых годах XX века.

Как известно, здравоохранению в нашей стране всегда уделялось особое внимание. Поэтому в послевоенные годы, когда происходило бурное развитие экономики Кемеровской области, сразу же стал решаться вопрос о сохранении здоровья кузбассовцев. Тогда и была открыта в Прокопьевске городская больница, которая со временем выросла в передовой специализированный центр оказания помощи при травмах и заболеваниях опорно-двигательной системы.

Тема статьи актуальна, так как Центр Восстановительного лечения является флагманом здравоохранения Кузбасса, школа научных кадров, медицинских исследований. Около 40 докторов и кандидатов наук, сотни настоящих профессионалов, подготовленных на базе Областной травматологической больницы, разрабатывают и внедряют новейшие медицинские технологии.

### **Цель исследования**

Формирование представления об этом медицинском учреждении, как о социально-исторически значимом объекте Кузбасса.

### **Методы исследования**

Метод интервьюирования и систематизации информации.

## История развития больницы

Мы хотим рассказать ныне живущему поколению и тем, кто придет после нас, о том, как создавалась больница, о людях, вложивших свой труд, ум, душу в одно из первых и крупнейших лечебных учреждений области, о наших успехах и основных направлениях работы на современном этапе.

В 1932 году в городской, «Белой», как ее называли прокопчане, больнице было открыто травматологическое отделение на 30 коек. Заслуга создания отделения принадлежит М. И. Никифорову. Сколько сил и энергии затратил Михаил Иванович, работающий уже заведующим горздравотделом, доказывая в Москве, что наше шахтерскому городу нужна травматологическая больница, настоящий больничный комплекс и обязательно с научно-исследовательским институтом! Под его ежедневным контролем началось строительство и озеленение территории травматологической больницы.

М. И. Никифоров успешно совмещал врачебную и организационную деятельность. В 1935 г. За операцию по спасению горняка в забое он был награжден орденом Трудового Красного Знамени и стал первым в Прокопьевске врачом, удостоенным такого звания.

Быстро рос Прокопьевский рудник, а вместе с ним росла и совершенствовалась служба здравоохранения. 1 января 1957 года на основании Минздрава СССР от 01.01.1957 г. и приказа Прокопьевского городского отдела здравоохранения на базе травматологического отделения образована Травматологическая больница. Это обусловлено спецификой Прокопьевска, как «самого шахтерского» города области. В те далекие времена открытие больницы стало большим достижением в медицинском обслуживании шахтеров.

Первым главным врачом больницы и поистине прорабом строительства на протяжении долгих пяти лет была Нина Андреевна Нефедова – человек, в котором сочетались профессиональные качества врача и деловые качества руководителя.

Дальнейшее развитие больница получила под руководством Климентия Григорьевича Ниренбурга, выдающегося врача, ученого и организатора. Солидные практические наработки врачебного коллектива навели К. Г. Ниренбурга на идею создания в Прокопьевске, шахтерском городе с очень высоким травматизмом, научно-исследовательского института травматологии, такой институт был создан впервые в СССР на базе специализированной больницы. В 1973 г. он защищает докторскую диссертацию, посвященную актуальным проблемам профилактики и лечения тяжелобольных травм у шахтеров. В этой работе обоснована необходимость оказания специализированной помощи горнякам при травмах под землей. В 1982 г. была сформирована бригада из добровольцев реаниматологов и травматологов, спуставшихся в шахту для оказания медицинской помощи пострадавшим.

В 1962 году открыт гнойный пост. Расширение знаний по гнойной хирургии способствовало оказанию специализированной помощи, как в экстренном, так и в

плановом порядке. Огромный вклад в этом принадлежит ученым А. Н. Горяеву, В. В. Аганжаняну, И. М. Яруллину. На базе отделения были защищены две докторские и пять кандидатских диссертаций.

В 1969 г. в детском травматолого-ортопедическом отделении впервые применили аппарат Иллизарова для удлинения конечности и устранению контрактур суставов.

В 1983 г. открыт иммунологический отдел для изучения иммунной системы организма при травме, осложненной гнойным и септическими процессами.

Отделение реабилитации шахтеров было основано в 1987 г. Главной задачей стало создание центра реабилитации шахтеров. Отделение постоянно увеличивает качество, уровень и объем медицинской помощи за счет внедрения новых методик: иглорефлексотерапия, избирательная акупунктура по Фоллю в сочетании с КВЧ-терапией, кинезотерапией, фармакоскальпотерапией, вытяжением на столе с подогревом, ЛФК и ФТО.

В 2004 году под руководством и при непосредственном участии заведующего отделением Ю. В. Сухомлинова в практику отделения внедрена методика оперативного лечения сколиотической болезни у детей.

В 2011 году врачами микрохирургии А. М. Сигаревым и С. В. Саратовцевым была успешно проведена сложнейшая операция по реплантации верхней конечности 3-летней девочки. Такие операции на мировом уровне проводятся редко, так как имеют побочные последствия в виде не «приживания конечности».

### **Достижения Водянова Николая Михайловича в области здравоохранения г. Прокопьевска**

Водянов Николай Михайлович родился 25 мая 1938 года в верховьях Дона, на хуторе Двойновском, в семье рабочего.

Практику будущий доктор проходил в больнице по месту жительства в Урюпинске. Оперировал больных с аппендицитом, грыжами, внематочной беременностью. На шестом курсе в институт приехал главный хирург Кемеровской области агитировать на работу студентов-медиков. Николай Водянов выразил желание поехать в Кузбасс. Уже 24 июля 1961 года он был в Прокопьевске.

Николай Михайлович работал под началом заслуженных врачей – М. И. Никифорова и Е. И. Елькиной в травматологическом отделении. Молодой доктор перенял от них главный принцип профессии: «Максимум заботы о больных и максимум требовательности к себе».

В течение семнадцати лет он был главным ортопедом-травматологом Кемеровской области. Продолжительное время заведовал отделением хирургии кисти и микрохирургии в Прокопьевске. А в 1983 году он стал главным врачом травматологической больницы и директором Кузбасского научно-исследовательского института травматологии и реабилитации. Николай

Михайлович активно занимался и научной деятельностью, защитил кандидатскую и докторскую диссертации в 1968 г. и 1980 г. соответственно.

В 1967 году Николай Михайлович выполнил уникальную операцию: реплантировал кисть на уровне лучезапястного сустава, т.е. осуществил оперативное приживление отделившейся от организма конечности. Это был первый случай в хирургии Сибири и Дальнего Востока. Так началась эпоха развития микрохирургии в Кузбассе, Сибири и Дальнем Востоке.

По инициативе Водянова Николая Михайловича на базе областной клинической ортопедо-хирургической больницы восстановительного лечения открыт межрегиональный центр микрохирургии, а также создана Сибирская школа пластических хирургов и микрохирургов, подготовлено более 150 травматологов, специализирующихся на хирургии кисти и микрохирургии, что позволило открыть специализированные отделения во многих городах Сибири и Дальнего Востока.

Под руководством Николая Михайловича на базе лечебно-профилактического учреждения «Шахтёр» впервые в СССР был организован «Центр реабилитации шахтёров», который сыграл огромную роль в оздоровлении травмированных горняков Кузбасса. Совместно с Климентом Григорьевичем Ниренбургом, доктором медицинских наук, бывшим главным врачом больницы, они организовали помощь пострадавшим горнякам на догоспитальном этапе, добившись, чтобы в бригаду военизированной горноспасательной части был включен врач. Кроме того, Водянов Н. М. создал бригаду врачей для спуска в шахту, занимался изучением условий труда и механизмов получения травм. Все эти мероприятия, в которые были вложены огромнейшие усилия и время способствовали снижению смертности среди травмированных горняков более чем в три раза!

Доктор разработал 40 новых методов лечения больных ортопедо-травматологического профиля. А также использовал природные ресурсы своего края, в частности пихтовое масло. «Для лечения больных я использую пихтовое масло с 1970 года. Будучи в тайге я обнаружил завод по производству пихтового масла. Сведения о его свойствах и способах применения по крупицам собирал в отдаленных таежных селениях. К настоящему времени располагаю опытом лечения пихтовым маслом более 500 больных» - говорил Николай Михайлович. В 2009 г. выходит книга Н. М. Водянова «Пихтовое масло», в которой подробно раскрываются способы применения и эффективность пихтового масла при различных патологических состояниях: воспаление тройничного нерва, бронхит, пневмония, тромбофлебиты, деформирующие артрозы суставов, радикулит, остеохондроз, стенокардия, аритмия, трахома, катаракта, колит и т.д.

Н. М. Водянов публиковал статьи по поводу лечения последствий электроожогов, в которых разбирал успешность и оправданность той или иной тактики лечения. В результате своей работы он сформулировал выводы:

- ✓ Тактика в лечении больных с электроожогами конечностей зависит от тяжести состояния больного, локализации и характера повреждения.
- ✓ При всех равных условиях предпочтение следует отдавать восстановительным операциям, проводимым в наиболее ранние сроки после травмы.
- ✓ Реконструктивные операции на нервах, сухожилиях, костях и суставах у больных с последствиями электроожогов в большинстве случаев являются основой в реабилитации этой категории больных, наряду со способами консервативного воздействия и рационального протезирования.
- ✓ Особое место занимают публикаций по последствиям травматических повреждений:
- ✓ Болевые синдромы после переломов лучевой кости в дистальной трети предплечья у пожилых пациентов.
- ✓ Восстановление функции коленного сустава при его контрактурах с применением обезболивающих средств.
- ✓ Организация и выбор лечебных потоков горняков с посттравматическими артрозами крупных суставов конечностей.

Кроме того, Н. М. Водянов опубликовал руководство для водителей и пешеходов по оказанию медицинской неотложной помощи пострадавшим на догоспитальном этапе при дорожно-транспортных происшествиях. Изучая данное пособие, нельзя не согласиться с Николаем Михайловичем, который утверждает: «Судьба травмированных людей зависит во многом от стечения обстоятельств, и в частности от того, окажется ли на месте происшествия человек, способный своевременно и правильно оказать первую помощь. Умение грамотно помочь при травмах должно стать естественным делом для культурного человека». Следовательно, мы пришли к выводу, что методическое пособие Н. М. Водянова должно использоваться жителями Прокопьевска и сотрудниками многих предприятий.

Таким образом, на счету ортопеда-травматолога высшей категории, заслуженного врача России, доктором медицинских наук, Николая Михайловича Водянова более 14000 оперативных вмешательств, 42 разработки методов лечения, 17 изобретений и 150 рационализаторских предложений, изданных 11 монографий, 54 методических рекомендаций, опубликовано 360 статей в медицинских журналах.

По решению Международной академии наук Н. М. Водянов вошел в сотню виднейших хирургов XX века. Его уникальные научные разработки до сих пор находятся на вооружении отечественной микрохирургии.

### **Выводы**

В ходе работы было сформировано представление об ГАУЗ ПГБ «Прокопьевский Клинический ортопедо-хирургический Центр Восстановительного лечения» о степени значимости этой больницы не только для Прокопьевска, но и Кузбасса в целом. Поскольку угольная промышленность

является травмоопасным производством, открытие больницы и института на её основе позволило спасти много жизней, сохранить здоровье десяткам тысяч пациентов не только из нашего города, но и со всей страны. Ведь недаром долгое время на фасаде здания можно было прочитать девиз жизни врача Гааза Федора Петровича: «Спешите делать добро!».

Николай Михайлович Водянов должен быть примером поистине настоящего представителя медицины для нас – будущих медиков.

Нужно гордиться, что среди нас жил и творил такой человек с великим сердцем!

### **Источники и литература / Sources and references**

1. Водянов Н. М. Пихтовое масло: учебное пособие. – Новокузнецк: «Народная медицина», 2009. – 40 с.
2. Водянов Н. М. Первая медицинская помощь пострадавшим на догоспитальном этапе при дорожно-транспортных происшествиях: методические рекомендации. – Новокузнецк: «Народная медицина», 2009. – 44 с.
3. Шуранов Н. «Прокопьевск. Страницы прошлого», 1964.
4. Водянов Н. М. «И так каждый день». – Кемерово, 1990.
5. Засадная Н. «Золотой фонд травматологии» // «Шахтёрская правда», 10.12.1996.

ЗВЯГИН С. П.<sup>1</sup>, МАКАРЧУК Е. В.<sup>2</sup>, МАКАРЧУК С. В.<sup>3</sup>, ОЛЬХОВИКОВ А. В.<sup>1</sup>

**НИНА МИХАЙЛОВНА ШМАКОВА: ЧЕЛОВЕК, ВРАЧ, ДЕПУТАТ**

<sup>1</sup>*Кафедра истории  
Кемеровского государственного медицинского университета, Кемерово*

<sup>2</sup>*Ветеран здравоохранения*

<sup>3</sup>*Кафедра истории России  
Кемеровского государственного университета, Кемерово*

ZVYAGIN S. P.<sup>1</sup>, MAKARCHUK E. V.<sup>2</sup>, MAKARCHUK S. V.<sup>3</sup>, OLKHOVIKOV A.V.<sup>1</sup>

**NINA MIKHAILOVNA SHMAKOVA: MAN, THE DOCTOR, THE DEPUTY**

<sup>1</sup>*Department of History  
Kemerovo State Medical University, Kemerovo*

<sup>2</sup>*Health Veteran*

<sup>3</sup>*Department of Russian History  
Kemerovo State University, Kemerovo*

*Аннотация: Статья посвящена Нине Михайловне Шмаковой – многие годы успешно работавшей в системе здравоохранения в г. Ленинске-Кузнецком, в т. ч. заведующей детской поликлиникой № 1. Она два раза была избрана депутатом Кемеровского областного совета*

депутатов трудящихся. Биография Н. М. Шмаковой прослежена на фоне состояния медицинского обслуживания и проблем здравоохранения в городе и Кемеровской области.

**Ключевые слова:** Н. М. Шмакова, здравоохранение, детская поликлиника, медицинские работники, депутаты, Ленинск-Кузнецкий, Кемеровская область.

**Abstract:** The article is devoted to Nina Mikhailovna Shmakova, who for many years successfully worked in the health care system in Leninsk-Kuznetsk, including the head of the children's polyclinic No. 1. She was twice elected to the Kemerovo Regional Council of Workers' Deputies. The biography of N. M. Shmakova is traced against the background of the state of medical care and health problems in the city and the Kemerovo region.

**Keywords:** N. M. Shmakova, healthcare, children's polyclinic, medical workers, deputies, Leninsk-Kuznetsky, Kemerovo region.

Исследование системы здравоохранения на разных этапах развития, и, прежде всего, выявление её региональных особенностей, невозможно без привлечения «человеческого фактора» – конкретных людей эту систему представляющих. Врачи, фельдшеры, медицинские сёстры, лаборанты, руководящий медицинский состав – важнейшие элементы этой системы, без изучения действий, нужд и чаяний которых невозможно создать целостный научный образ здравоохранения. Особенно важны субъекты здравоохранения, сочетающие в себе образ врача, руководителя. Одним из таких субъектов, работавших в Кузбассе, была Нина Михайловна Шмакова. Её биография позволяет проследить путь конкретного врача от студенчества до руководителя медицинского учреждения и областного депутата.

**Цель исследования** – выявление закономерностей и особенностей развития регионального здравоохранения на основе изучения участия в нём конкретного врача и окружающих его лиц, действующих в конкретных медучреждениях конкретного города.

### **Материалы и методы исследования**

Материалами для исследования послужили источники устной истории – воспоминания о Н. М. Шмаковой её сына Макаруча Сергея Владимировича – доктора исторических наук, профессора и дочери Макаручек Елены Владимировны – профессионального врача, опирающиеся на документальные материалы их личных архивов [14]. Использовались также историографические источники: книги и статьи по истории медицины и города Ленинска-Кузнецкого, а также электронные ресурсы ряда вузов и медицинских учреждений. Применяются традиционные для исторической науки методы исследования: историко-генетический, хронологический, компаративистский, ретроспективный.

### **Результаты и их обсуждение**

Нина Михайловна Шмакова (29.01.1926 – 08.10.1996 гг.) родилась в поселении Тулун (с 1927 г. город – авт.) Сибирского края (ныне Иркутская

область – авт.). В настоящее время это место получило широкую известность в результате происшедшего там сильнейшего наводнения в 2019 г. на реке Ия, по сути дела снёсшего большую часть города с лица земли.

Село Тулуновское известно с середины XVIII в. Перед революциями 1917 г. в нём насчитывалось около 7 тыс. жителей, имелась богодельня, приёмный покой, врачебный пункт и вольная аптека. К концу 1920-х гг. положение в медицинской сфере особо не изменилось, а количество жителей даже уменьшилось до 6 тысяч [18].

Родители: мать – Доронина Ксения Антоновна, учитель начальных классов, позже – кавалер ордена Ленина, отец – Шмаков Михаил Корнилович, бухгалтер. Незаконно репрессирован в 1937 г., впоследствии посмертно реабилитирован.

Профессии родителей и состояние здравоохранения в небольшом городке не способствовали привитию любви к медицине. Среди родителей школьных друзей также не было медицинских работников. Родители мужа – Владимира Максимовича Макарчука (с которым она училась с 1-го класса и до призыва его в Красную армию после 9-го класса в связи с началом Великой Отечественной войны) также были далеки от медицинских специальностей. Мать – домохозяйка, хотя во время Гражданской войны была телеграфисткой у известного партизанского командира и анархиста Н. А. Каландаришвили, отец – до революции работал надсмотрщиком правительственного телеграфа.

После окончания Тулунской средней школы Нина Шмакова уехала учиться в областной центр и поступила на геологический факультет Иркутского горно-металлургического института. Неожиданный выбор специальности геолога был связан с более высоким материальным и социальным обеспечением студентов-геологов (повышенная стипендия, обеспеченность общежитием, возможность подработать на летней практике). Это имело значение в условиях войны и отсутствия отцовской помощи, тем более мать – Ксения Антоновна, вынуждена была покинуть учительскую должность как член семьи ЧСИР (член семьи изменника родины – авт.) и перебиваться случайными заработками.

Иркутский горно-металлургический институт постепенно становился ведущим техническим высшим учебным заведением области. Сейчас он перерос в ИРНИТУ – Иркутский национальный исследовательский технический университет [7]. Однако молодая студентка оказалась «не в своей тарелке» в окружении технических дисциплин. Она навсегда рассталась с геологией и поступила в стоматологический институт.

Иркутский государственный стоматологический институт был открыт в 1936 г. на базе стоматологической клиники и кафедры одонтологии медицинского института. Нина Шмакова успешно окончила его в 1948 г., а в 1952 году институт вновь влился в Иркутский государственный медицинский институт, став его стоматологическим факультетом. Ныне – стоматологический факультет Иркутского государственного медицинского университета [6]. Среди профессорско-преподавательского состава вуза были участники недавней

Великой Отечественной войны, которые передавали студентам свой богатый военный опыт.

В период её учёбы в институте после службы в морской пехоте на острове Русский во Владивостоке вернулся её бывший одноклассник Володя Макачук (1925 – 1989 гг.), награждённый медалью «За победу над Японией» [4, с. 22].



*Рисунок 1. Н. М. Шмакова среди сокурсников. Верхний ряд справа. Иркутск, середина 1940-х гг.*

Молодой человек получил направление на учёбу в находящееся в эвакуации в Иркутске Марьинское артиллерийское военное училище. В 1948 г. её распределили после окончания института на работу в Кемеровскую область, он же остался в Иркутске для продолжения учёбы. Они поженились в 1949 г. во время первого отпуска Нины, проведённого в Тулуе, причём она оставила в память о погибшем отце девичью фамилию – Шмакова.

Вместе с сокурсницей, Констанцией Петровной Юзенас они приехали в распоряжение Кемеровского областного отдела здравоохранения (облздрав – авт.). Им сразу предложили остаться работать в областном центре, но после старинного Иркутска только отстраивающийся молодой город Кемерово им очень не понравился, и они упросили облздрав направить их в «более солидный» Ленинск-Кузнецкий. В 1950 г. в нём проживало 140 тыс. человек [8, с. 70].

Девушек поселили в коммунальной квартире, в центре города с видом на площадь Победы. В эту коммуналку позже приехал муж Нины Михайловны и её мать, бросившая работу в Тулуе ради воспитания родившихся внука и внучки.

Некоторое время они продолжали проживать в одной квартире с подругой, к которой также переселились муж и родители. Только когда В. М. Макаrchук стал работать в горкоме КПСС семье дали отдельную квартиру.

Устроиться работать по специальности – стоматологами, подругам не удалось. К. П. Юзенаc стала известным в городе хирургом. Н. М. Шмакова неоднократно проходила обучение в учреждениях повышения квалификации: ГИДУВ (Государственный институт для усовершенствования врачей – авт.) (Новосибирск, 10 января – 23 апреля 1949 г.). Это учреждение в 1951 г. было переведено в Сталинск (ныне Новокузнецк – авт.) [2, с. 285]; Педиатрический НИИ (Горький (ныне Нижний Новгород – авт.), 1 – 28 марта 1966 г.); Ленинградский НИИ детских инфекций (Ленинград (ныне Санкт-Петербург – авт.), 9 – 20 апреля 1979 г.).

Она последовательно переквалифицировалась в терапевта, педиатра, рентгенолога. Такая «многостаночность» была связана с острой нехваткой врачебных кадров не только в Ленинске, но и по всему Кузбассу.

По данным исследователя З. В. Боровиковой даже в конце 1950-х гг. Кемеровская область значительно отставала по обеспеченности врачами. Если в Новосибирской области на 10 тыс. населения приходилось 16,7 врачей, в Красноярском крае – 13,6, то в Кемеровской области – всего 12,8 врачей. На 220 лечебно-профилактических учреждений в городской местности приходилось всего 73 рентген-кабинета, а в сельской местности на 78 учреждений – 3 рентген-кабинета. При огромной детской летальности в регионе практически не было педиатров [1, с. 12 – 18].

18 августа 1948 г. выпускница с записью в дипломе «врач – стоматолог» была принята в штат Ленинск-Кузнецкого больнично-поликлинического объединения на должность врача-терапевта. Центральным учреждением «больнично-поликлинического отделения» стала Городская больница № 1, открывшаяся в 1929 г. и рассчитанная на 100 коек. К концу 1930-х гг. в городе уже было 425 больничных коек, расположенных в различных специализированных отделениях многопрофильной больницы № 1: хирургическом, гинекологическом, родильном, глазном, неврологическом, терапевтическом, детском, кожно-венерологическом, туберкулезном и ЛОР-отделении [3].

Коллегами Н. М. Шмаковой по больнице стали известные врачи: Дмитрий Васильевич Бастриков – основоположник рентгенологической службы больницы и её главный врач в 1964–1969 гг.; Антонина Петровна Матвеева – заведующая терапевтическим отделением с 1948 по 1968 гг.; Вера Васильевна Ясюк – заведующая педиатрическим отделением; Алексей Иоганесович Цибариус – 25 лет руководил урологическим отделением [8].

Уже в 1949 г. Нине Михайловне пришлось сменить врачебную специальность. В связи с острой нехваткой педиатров и рентгенологов, она, переучившись, была переведена в городскую детскую больницу в качестве врача-

рентгенолога. На этой должности она задержалась долгих 10 лет, работая на открытом рентгеновском аппарате и находясь практически весь рабочий день без солнечного света в закрытом помещении. Полученное во время работы облучение, негативно сказалось на её здоровье.

В 1959 – 1966 гг. в Ленинске-Кузнецком началось интенсивное строительство объектов медицинского назначения. Введены в строй действующих типовая больница на 400 коек в Соцгородке, медико-санитарная часть шахты им. С. М. Кирова, 2-я поликлиника для взрослых и 1-я детская поликлиника. Оставалась острой проблема обеспеченности медицинскими кадрами, особенно врачебными. В 1963 г. она составляла только 44% – на 485 штатных врачебных должностей было только 200 врачей. Ежегодно уезжало больше врачей, чем приезжало молодых специалистов. В 1966 г. в Ленинске насчитывалось уже 196 врачей и 1580 средних медицинских работников. Средняя укомплектованность врачами составила 35% [14, с. 211].

В 1960 г. она, неожиданно для себя, была назначена заведующей вновь построенной детской поликлиникой № 1, в которой и проработала почти 20 лет в качестве заведующей. В 1979 г. в связи с достижением пенсионного возраста возглавила школьно-дошкольный отдел ставшей ей родной поликлиники, откуда окончательно перешла на пенсию в 1985 г. Таким образом, в её трудовой книжке содержится всего четыре записи о перемене места работы. Это завидное постоянство, учитывая факт наличия в то время значительного слоя «летунов», постоянно менявших места работы.

Руководящая работа давалась непросто, но Н. М. Шмаковой удалось сплотить небольшой коллектив поликлиники и наладить детскую поликлиническую работу в городе по всем направлениям, тем более возглавляемое ею учреждение было единственным детским поликлиническим учреждением в Ленинске-Кузнецком.

Нина Михайловна находила поддержку и опору у работавших вместе с ней врачей, фельдшеров, медицинских сестёр. Среди них: Нина Каллистратовна Ануфриева – педиатр, кардиоревматолог; Раиса Васильевна Савицкая – детский невролог; Людмила Тимофеевна Антонова – логопед; Наталья Петровна Солдатенко – офтальмолог; Наталья Леонидовна Векшина – участковый врач-педиатр; Галина Петровна Соколова – фельдшер; Галина Алексеевна Ищенко – фельдшер; Галина Владимировна Буйных – старшая медицинская сестра. В одном из своих номеров городская газета рассказала о работе этого коллектива и поместила фотографию группы сотрудников во главе с Ниной Михайловной [5, 18 июня].

В новинку для неё была административно-хозяйственная, финансовая работа. Особенно трудно давалось «выбивание» материальных и денежных средств у местных и областных чиновников на развитие поликлиники. Но здесь часто её сторону принимал многолетний заведующий горздравом Александр Иванович Зельман. Оказывало помощь и городское руководство: председатель

горисполкома Анатолий Иванович Березин; 1-й секретарь горкома КПСС Александр Викентьевич Крупинский; секретарь горкома партии Вера Ефимовна Ро, ставшая затем заместителем управляющего трестом «Ленинскуголь», председателем городского комитета народного контроля.

Кстати, немногие в городе знали о родстве заведующей поликлиники и ответственного работника горкома партии. Один из подчинённых В. М. Макарчука, сделавший замечания по проверке поликлиники, впоследствии, с удивлением узнал, что она жена его начальника [11].

Коллектив поликлиники и её заведующая замечали позитивные изменения, происходящие в городе, участвовали в общественно-политической жизни, первомайских и ноябрьских демонстрациях в поддержку политики КПСС. Однако первичной партийной организации в поликлинике не было. Несмотря на неоднократные предложения вступить в партию, Н. М. Шмакова всегда оставалась беспартийной, хотя и считала себя «беспартийной коммунисткой».

Вместе со всеми горожанами врачи радовались вступлению в строй нового стадиона в 1964 г., открытию крупнейшего в Сибири специализированного манежа спортивной гимнастики в 1970 г., сдаче в эксплуатацию нового больничного комплекса в 1975 г., а в 1976 г. впервые в истории города его представитель гимнастка Мария Филатова стала двухкратной олимпийской чемпионкой в командном зачете [13, с. 122 – 123]. Однако, Н. М. Шмакова и коллектив поликлиники выступили против чрезмерно интенсивных методов тренировок, применяемых известным тренером И. И. Маметьевым, которые, по их мнению, наносили вред детскому организму. Но их обращения в различные инстанции по этому поводу не были услышаны. Важнее оказались достигаемые любой ценой высокие спортивные результаты воспитанников И. И. Маметьева [14].

Особую страницу в жизни Н. М. Шмаковой составляет её работа в областном совете депутатов трудящихся. Заслуживает специального внимания изучение оснований для такого выбора. Он был произведён по правилам того времени. Партийные органы, а именно они этим занимались, привлекли беспартийный статус, возраст, образование, пол, место жительства Нины Михайловны. Даже то, что до этого она не была на выборной работе имело своё значение. В итоге её дважды избирали в областной совет.

Здесь учли её образование и опыт работы. В 1963 – 1967 гг. Н. М. Шмакова была членом постоянной комиссии по здравоохранению Кемеровского областного (промышленного) совета депутатов трудящихся IX-го созыва, членом постоянной комиссии по здравоохранению и социальному обеспечению Кемеровского областного совета депутатов трудящихся X-го созыва [19, с. 479]. В этой связи следует обратить внимание на существенное изменение в названии комиссии. Положительные изменения тех лет в здравоохранении города и области в определённой мере её заслуга.

Первая сессия Кемеровского областного (промышленного) совета состоялась в зале заседаний Кемеровского обкома КПСС [10, 15 марта]. 3 марта 1963 г. жители области выбрали 328 депутатов. Как сообщила мандатная комиссия, 33 человека представляли науку, культуру, просвещение и здравоохранение, 144 были беспартийные, 292 – избраны впервые. Не понятно, почему не назвали количество депутатов – женщин. Эти показатели касались и Н. М. Шмаковой. На заседании выступил председатель областного совета Н. Д. Турчин, затронувший, в том числе, вопросы состояния системы охраны здоровья. Н. Д. Турчин обратил внимание на то, что в посёлке Афонино (г. Киселёвск) расположены 4 шахты, но нет ни одного медицинского учреждения. В 1962 г. был построен терапевтический корпус областной больницы. Всего в регионе в тот год прибавилось 811 больничных коек.

Вскоре состоялась вторая сессия областного совета. Она обсуждала такую важную тему как строительство и эксплуатация сооружений по очистке выбросов в атмосферу и водоёмы в городах Кемеровской области» [10, 18 июля]. Эта тема была важной для депутата от промышленного города. В последующем Нина Михайловна участвовала в обсуждении следующих вопросов: о плане развития местного хозяйства и бюджет области на 1964–1965 гг. [11, 4 янв.], о мерах дальнейшего укрепления социалистической законности и общественного порядка в области [11, 29 мая], итоги семилетки и планы области на пятилетку [12, 20 марта], мерах по трудоустройству подростков, заканчивающих школу в 1966 г. [12, 29 мая] и др.

Результаты работы поликлиники и её заведующей не остались незамеченными. Коллектив неоднократно отмечался грамотами, благодарностями, дипломами на уровне министерства, области и города. Нина Михайловна уже в 1963 г. получила звание «Отличник здравоохранения», в 1974 г. её имя было занесено в Книгу почёта Кемеровского областного отдела здравоохранения и обкома профсоюза медицинских работников. Среди её многочисленных грамот и благодарностей есть и благодарность Министерства здравоохранения РСФСР. Её наградили медалью «Ветеран труда», а её работа по подготовке военного резерва и прохождении воинских сборов и курсов позволила присвоить ей воинское звание «майор медицинской службы в запасе».

Успехам в работе способствовала обстановка в семье. С мужем они прожили почти 40 лет. Владимир Максимович после переезда в Кузбасс заочно окончил исторический факультет Сталинского педагогического института, работал в Ленинске-Кузнецком – учителем истории в школе, заведующим отделом агитации и пропаганды горкома КПСС, секретарём парткома завода «Кузбассэлемент», начальником 1-го отдела этого предприятия.

Здесь уместно рассказать о, может незначительном, но важном для понимания отношений в семье эпизоде. Во время работы В. М. Макаруча в горкоме КПСС ему проступило предложение перейти на работу инструктором в Кемеровский обком партии. Инициатива исходила от секретаря обкома

З. В. Кузьминой. Зинаида Васильевна Кузьмина (1918 – 2003 гг.) в 1961 – 1978 гг. секретарь по пропаганде и агитации Кемеровского обкома КПСС [10, с. 211]. Согласие означало не только признание результатов его работы, но и дальнейший карьерный рост, переезд в областной центр, наконец. Возобладало мнение Нины Михайловны. Её беспокоило здоровье мужа. Его предстоящая работа обещала частые и многочисленные командировки, в том числе в сельскую местность. Владимир Максимович согласился с доводами жены. В итоге В. М. Макарчук возглавил заводскую партийную организацию [16].

Супруги воспитали двоих детей: сын – Макарчук Сергей Владимирович пошёл по стопам отца и стал профессиональным историком, дочь – Макарчук Елена Владимировна как и её мама стала врачом, закончив в 1978 г. лечебный факультет Кемеровского государственного медицинского института. Она проработала до пенсии на врачебных должностях в Ленинске-Кузнецком, в т. ч. в детской поликлинике № 1.



*Рисунок 2. Н. М. Шмакова и её дочь Е. В. Макарчук – выпускница КГМИ 1978 г.*

У детей на всю жизнь остались самые наилучшие воспоминания о родителях: «Они учили нас любить жизнь, с достоинством преодолевать её трудности, опираясь при этом на товарищей, друзей, коллег. Несмотря на полученные звания и должности, оставаться членом своего рабочего коллектива, всегда действуя в его интересах и учитывая мнения и пожелания большинства его членов. Своим примером родители показывали серьезное отношение к работе и любому порученному делу, умение исполнять обещания и держать своё слово. Их отношения друг с другом, умение создать атмосферу любви и взаимопонимания в семье, достижения в работе всегда были для нас идеалом» [17].

## Выводы

Биография врача Нины Михайловны Шмаковой тесно связана с историей страны и конкретного региона – Кемеровской области, где она проработала всю свою жизнь. Её коснулись сталинские репрессии, военная юность, неустроенность быта, трудности работы в условиях острой нехватки медицинских учреждений и врачебных кадров при «остаточном» финансировании государством медицины как отрасли. Как и многие советские люди, она работала над преодолением этих трудностей, по мере возможностей способствуя усовершенствованию системы здравоохранения и приближению её к нуждам людей. Этому была посвящена её деятельность как личности, руководителя, депутата.

## Источники и литература / Sources and references

1. Боровикова З. В. Состояние здравоохранения в Кемеровской области во второй половине 1940-х – 1950-е гг. // Вестник Кемеровского государственного университета. – 2018. – № 3. – С. 12-19.
2. Вержбицкий Г. В. Институт усовершенствования врачей государственный // Историческая энциклопедия Кузбасса. Т. 1 / ред. Г. Г. Халиулин, В. П. Машковский. – Познань: Штама, 1996.
3. Городская больница № 1, г. Ленинск-Кузнецкий. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.lkgb1.ru/history.html> (Дата обращения: 19.01.2021).
4. Григорьев В. За победу над Японией // Санкт-Петербургский коллекционер. – 2005. – № 4 (34).
5. Данникова Н. Забота о детях // Ленинский шахтёр (Ленинск-Кузнецкий). 1976.
6. Иркутский государственный медицинский университет. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [https://mir.ismu.baikal.ru/ismu/page\\_dept.php?id=1764&cat=about](https://mir.ismu.baikal.ru/ismu/page_dept.php?id=1764&cat=about) (Дата обращения: 18.01.2021).
7. Иркутский национальный исследовательский технический университет (ИРНИТУ). – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://irkipedia.ru/content/irkutskiy\\_nacionalnyy\\_issledovatel'skiy\\_tehnicheskiy\\_universitet\\_irnitu](http://irkipedia.ru/content/irkutskiy_nacionalnyy_issledovatel'skiy_tehnicheskiy_universitet_irnitu) (Дата обращения: 18.01.2021).
8. История городской больницы № 1 г. Ленинска-Кузнецкого. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://ok.ru/group52201750593667/topic/63782266008963> (Дата обращения: 19.01.2021).
9. Кольчугино – Ленинск-Кузнецкий, 1759 – 2013 / ред. Л. Батурина. – Новосибирск: ООО «Вояж», б. г.
10. Коновалов А. Б. Партийная номенклатура Кузбасса в годы «послевоенного сталинизма» и «оттепели» (1945 – 1964). – Кемерово: СКИФ, 2005.
11. Кузбасс (Кемерово). 1963.
12. Кузбасс. 1964.
13. Кузбасс. 1966.

14. Лакисов А.И Ленинск-Кузнецкий. – Кемерово: кн. изд-во, 1977.
15. Ленинск-Кузнецкий. Страницы истории. – В 2-х т. – Т. 2 / А. М. Адаменко, О. В. Баев, А. В. Блинов и др. – Новосибирск: Приобские ведомости, 2013.
16. Личный архив С. П. Звягина.
17. Личный архив Е. В. Макарчук и С. В. Макарчук.
18. Тулун – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D1%83%D0%BB%D1%83%D0%BD> (Дата обращения: 17.01.2021).
19. Шмакова Нина Михайловна // Депутатский корпус Кузбасса 1943 – 2003: биограф. справочник / авт. и сост. А. Б. Коновалов. Т. 1. «А – Л». – Кемерово: Кем. кн. изд-во, 2002.

ПАРАШАР ХАРШ

**АКАДЕМИЯ ГОНДИШАПУРА**

*Отдел по работе с иностранными студентами*

*Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово*

Научный руководитель – преподаватель-переводчик А. Ю. Бородкина

PARASHAR HARSH

**GONDISHAPUR ACADEMY**

*International Department*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo*

Supervisor – A.Yu. Borodkina, a teacher of the International Department

*Аннотация:* Академия Гондишапура – это один из древнейших научных центров, расположенный на территории современного Ирана. Здесь на пехлевийский язык переводили греческие, индийские, китайские трактаты, изучали астрономию, философию, математику и медицину. Академия Гондишапура включала в себя университет, библиотеку и больницу и оказала огромное влияние на развитие медицины.

*Ключевые слова:* Академия Гондишапура, история медицины, протоуниверситет, Иранская медицина

*Abstract:* The Academy of Gondishapur (University of Gondishapur) is one of the oldest scientific centers, it is located on the territory of modern Iran. Here Greek, Indian, Chinese treatises were translated into Pahlavi language; astronomy, philosophy, mathematics and medicine were studied. The Gondishapur Academy included a university, a library and a hospital and had a huge impact on the development of medicine.

*Keywords:* Academy of Gondishapur, history of medicine, proto-university, Iranian medicine

**The aim** – to study the history of the foundation and development of the Academy of Gondishapur, as well as its influence on the development of medicine in the post-antique period and the early Middle Ages.

## **Materials and methods:** comparative historical

### **The results of their discussions**

Historical documents demonstrate that Iran has a long-standing history of almost 3000 years, in which medicine was highly respected. The history of medicine in Iran is also as old as its civilization and is traced back to pre-Islamic times.

The oldest written sources of our knowledge on Iranian medicine are Avesta and other religious Zoroastrian texts. They indicate the significance of ancient medical beliefs among Zoroastrians that were mainly focused on personal hygiene, public health, and prevention of contagious diseases. The ancient Persians who lived in a vast territory with great variations in its climate and vegetation soon became familiar with various medicinal plants. At the late Sassanids period, a considerable scientific movement was started in Iran, which is associated with the founding of the Gondishapur Academy or, as it is also called, the Gondishapur University.

Of course, the university as a phenomenon originated in Medieval Europe. Nevertheless, analogies of this institution, a kind of proto-universities, appeared earlier, in other civilizations: in Greece, Byzantium, China, but the first among them was the Academy in the Iranian city of Gondishapur.

The city of Gondishapur was located in Khuzestan Province, in the south-west Iran and has a long history. The name of this city is mentioned in the great Persian national epic— Shahnameh (Book of Kings) by the poet Ferdowsi, (935 – 1020 AD).

Gondishapur was founded in 271 after the brilliant victory of the Sassanian king Shapur I over the army of the Roman emperor Valerian in the battle of Edessa. Gondishapur was to become a garrison city, in which the emperor Valerian himself and other high-ranking Roman prisoners were placed.

The capture of Valerian was a shameful defeat for the Romans and a great victory for the Persians. Shapur I himself was so proud of his achievement that he ordered to knock out a huge memorial bas-relief in the rock: he, in particular, depicted the Emperor Valerian as a prisoner bowing before the Persian king.

Shapur I named the city Veh-AZAndev-Shapur meaning in Pahlavi language “Shapur is better than Antioch”.

Then, it was gradually changed to Gondishapur and in Arabic Jundishapur. It was known as Beth Lapat in Syriac. Shapur II (r. 309 – 379 AD) made the city of Gondishapur his capital and it rapidly became famous as a center of science and culture as well as the focus of Iran’s silk production.

Later Gondishapur grew up and became the capital of the Sassanian Empire.

Interestingly, Shapur I married the daughter of the Roman emperor Aurelian. It was the emperor's wife, a Roman woman, who brought two Greek doctors with her to Gondishapur. Having settled in the city, they organized training in medical sciences there, based on the works of Hippocrates.

Later, already during the reign of Khosrow I (501-579), Gondishapur became famous for its doctors and scientists throughout the empire. Khosrow I also provided

refuge to Greek philosophers who fled from the Byzantine Empire due to persecution by the emperor Justinian, by whose decree all philosophical schools in Athens were closed.

Khosrow I provided the «refugees» with Greek and Syrian texts for translation into the Pahlavi language. They translated various treatises on medicine, astronomy, astrology, philosophy and useful arts and crafts.

In addition, Khosrow I Anushirvan sent one of the famous Persian physicians to India and China to invite scientists from there to Gondishapur. These guests translated Indian texts on astronomy, astrology, mathematics and medicine, as well as Chinese works on herbal medicine and religion.

The Gondishapur Academy, as this complex is called today, remained the most important medical center throughout the 6th-7th centuries, and attracted a lot of prominent scientists from Greece, Egypt, India and Rome. It taught medicine, philosophy, theology and other sciences. The disciples learned in detail about Zoroastrianism and Persian traditions. There was built the world's oldest medical center with a hospital, which also included a university and a library, whose collection consisted of about 400,000 books.

During the reign of Khosrow I Anushirvan in Gondishapur, 500 scholars taught various subjects and about 5,000 students studied. Later, both teachers and students received important posts in the government.

So in the early Middle Ages on the territory of modern Iran, the most famous of the medical schools with the teaching of Greek medicine was founded. Education based on the texts of Hippocrates, Galen, Plato and Aristotle was distributed over a three-year course. In the first year, preliminary studies were conducted using arguments and mathematics, and the following years were occupied by the study of the texts of Hippocrates, Galen and Dioscorides. The diagnosis and treatment of the clinical situations were taught based on logic Hippocratic ethics and anatomical knowledge, and besides practice prevailed over theory. After completing a three-year study program, a final examination was required of all students before graduating. After that, they were given a certificate qualifying them to work as physicians. All the physicians at that hospital had responsibility for the training of the students and these students were authorized to practice on patients under the guidance of medical tutors/

With the fall of the Sasanian Empire in the middle of the 7th century, Gondishapur fell into decline. The fact that most of its inhabitants had been Christians, who probably did not want to convert into Islam and therefore left their city, must have contributed to this decline. Nevertheless, the city flourished as a prosperous town in the early Islamic period.

Gradually, the intellectual center of the Abbasid Caliphate moved to Baghdad, and Gondishapur lost its importance. During this period, many of the doctors of Gondishapur went to Baghdad, where the Caliph Harun ar-Rashid and his successor created the famous «House of Wisdom», based on the Persian Academy.

Today, only ruins remain of the famous Academy of Gondishapur, but the tradition of high standards in the study of medicine has survived in Iran today.

Under the Pahlavi dynasty, Gondishapur's legacy was immortalized with the founding of Jondishapur University and its twin, Jondishapur Medical Sciences University, near Ahwaz, in 1955. The current Jondishapur Medical Sciences University was founded and named after its Sassanid predecessors.

The university has 3 campuses and 9 schools offering doctoral degrees in science and medicine in 27 fields. The university operates 8 public hospitals in Ahvaz city and 20 other hospitals in the surrounding areas, as well as dozens of clinics in the province.

### **Источники и литература / Sources and references**

1. Azizi M H Gondishapur School of Medicine: the most important medical center in antiquity – [Электронный ресурс] – Режим доступа: [https://www.researchgate.net/publication/5695582\\_Gondishapur\\_School\\_of\\_Medicine\\_the\\_most\\_important\\_medical\\_center\\_in\\_antiquity](https://www.researchgate.net/publication/5695582_Gondishapur_School_of_Medicine_the_most_important_medical_center_in_antiquity) (Дата обращения: 27.10.2020).
2. Gondēšāpur. Encyclopedia Iranica – [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://iranicaonline.org/articles/gondesapur> (Дата обращения: 27.10.2020).
3. Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences official site – [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://en.ajums.ac.ir/en-US/en.ajums.ac/33221/page/Home> (Дата обращения: 28.10.2020).
4. Lutz Richter-BernburgGondi-Shapur History & Medical School – [Электронный ресурс] – Режим доступа: [https://www.cais-soas.com/CAIS/Geography/gondi\\_Shapur\\_medical\\_school.htm](https://www.cais-soas.com/CAIS/Geography/gondi_Shapur_medical_school.htm) (Дата обращения: 28.10.2020).

## РАЗДЕЛ II.

### «РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНЫ. ПРОБЛЕМЫ, ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ МЕДИЦИНЫ XXI ВЕКА»

ШЕЛИХОВ В. Г.

#### ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ КУЗБАССА, ПОСТРАДАВШЕГО ВСЛЕДСТВИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ СЕМИПАЛАТИНСКОГО ИСПЫТАТЕЛЬНОГО ЯДЕРНОГО ПОЛИГОНА

*Кафедра госпитальной терапии и клинической фармакологии  
Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово*

SHELIKHOV V. G.

#### PROBLEMS OF MEDICAL CARE OF THE POPULATION OF KUZBASS AFFECTED BY THE LONG-TERM IMPACT OF THE SEMIPALATINSK NUCLEAR TEST SITE

*Department of Hospital Therapy and Clinical Pharmacology,  
Kemerovo State Medical University, Kemerovo*

*Аннотация:* Одним из путей улучшения демографической ситуации Кузбасса является повышение внимания к медицинским последствиям воздействия Семипалатинского испытательного ядерного полигона.

*Ключевые слова:* ядерные испытания, законодательство, дети.

*Abstract:* One of the ways to improve the demographic situation in Kuzbass is to increase attention to the medical consequences of exposure to the Semipalatinsk nuclear test site.

*Keywords:* nuclear tests, legislation, children.

#### **Цель исследования**

Сложившиеся показатели демографической ситуации в Кузбассе характеризующейся ранней смертностью населения, преобладанием показателя смертности над рождаемостью, повышенной детской и общей заболеваемостью, увеличением частоты онкологической, гематологической патологии и суицидов, а также увеличение случаев врожденной патологии требуют более пристального изучения. Одним из значимых вкладов в эти показатели является радиоактивное заражение территории юга Западной Сибири вследствие многолетних ядерных испытаний, проводимых на Семипалатинском испытательном ядерном полигоне. Проведение разумного решения демографической ситуации без полной легализации пострадавшего населения, без проведения правильного опроса

беременных при постановке на учет, без реабилитационных мероприятий для детей пострадавших невозможно.

Одной из причин такого положения, на которое не может повлиять не только наша область, но и другие субъекты Сибирского федерального округа, является несовершенство нашего законодательства по отношению к последствиям проведенных ранее ядерных испытаний на Семипалатинском испытательном полигоне.

### **Материал и методы исследования**

Анализ литературных данных о проведенных испытаниях ядерного оружия на Семипалатинском испытательном ядерном полигоне и их последствиях, данные КОМИЦ, непосредственная работа с департаментом охраны труда Кемеровской области и представителем президента В.В. Путина в СФО в 2004 – 2010 гг. А. В. Квашинным.

### **Результаты и их обсуждение**

Юго-Западнее Кузбасса, в шестистах км от г. Кемерово находится Семипалатинский испытательный ядерный полигон, где в течение сорока лет проводились воздушные, наземные и подземные испытания атомного и водородного оружия. Основная роза ветров юго-западная, т.е. радиационные осадки распространялись преимущественно на северо-восток, захватывая в России территории Алтайского края, Новосибирской и Кемеровской областей. Результаты метеонаблюдений по увеличению б-активности на метеостанциях непосредственно после испытаний на Семипалатинском испытательном ядерном полигоне с 1954 г. и исследования, проводимые учеными этих регионов, однозначно показывают загрязнение территорий долгоживущими техногенными радиоизотопами. Длительный период полураспада долгоживущих изотопов, прежде всего стронция<sup>90</sup> и цезия<sup>137</sup>, обеспечивают и в настоящее время повышенный уровень внутреннего облучения населения за счет попадания радиоактивных изотопов с пищей и водой, так как рекультивация земель не проводилась [1, 2, 4].

Заведующим кафедрой общей гигиены Кемеровской медицинской академии К. Г. Громовым была создана карта выпадения техногенных радиоизотопов по Cs-137.

Сравнительные изучения демографической ситуации в районах с повышенной степенью загрязнения почв не проводились. Заведующая отделением детской кардиологии Кузбасского клинического кардиологического диспансера имени академика Л. С. Барбараша С. А. Шмулевич выявила статистически значимую разницу количества врожденных пороков сердца у детей, проживающих на территориях с повышенным уровнем радиоактивных осадков по Cs-137 [2, 3].

Указом президента Российской Федерации Б.Н. Ельцина № 2228 от 20 декабря 1993 г. в число пострадавших относятся граждане, которые проживали в 1949 – 1963 гг. «в населенных пунктах, включенных в утвержденный Советом Министров, Правительством РФ перечень населенных пунктов, подвергшихся радиационному воздействию вследствие только двух ядерных испытаний», а их было более сотни к 1963 году». Последующие дополнения и поправки к Закону (№ 2 ФЗ от 10 января 2002 г. с изменениями от 17 марта, 22 августа, 29 декабря 2004 г.), распоряжение Правительства РФ №156-р от 8 февраля 2002 г. не касались главного – по-прежнему не учитывались все ядерные испытания. Миграционные процессы привели в Сибирский Федеральный округ большое количество переселенцев из Казахстана, также получавших как внешнее, так и внутреннее облучение.

Таким образом, полный регистр населения, пострадавшего вследствие ядерных испытаний и проживающих на территории Кузбасса по объективным моментам не может быть создан.

Областной Совет народных депутатов Кемеровской области, Общественная Палата Кемеровской области, представитель Президента России В. В. Путина в СФО А. В. Квашнин безрезультативно обращались в правительство с предложением расширить список населенных пунктов, пострадавших в результате проводимых испытаний и улучшения медицинской помощи пострадавшим.

Между тем, дети, рожденные с радиационным отягощением в анамнезе и имеющие заболевания или нарушение в развитии, до получения инвалидности находятся на бюджете Кузбасса и не могут пользоваться федеральными льготами.

## **Выводы**

Усилиями Министерства здравоохранения Кузбасса возможно улучшить демографические показатели в этом направлении.

1. При взятии беременной на учет необходимо расширить радиационный аспект анамнеза. В нем не учитывается на сегодняшний день радиационные составляющие анамнеза со стороны деда беременной, отца и деда мужа. Это необходимо в связи с тем, что повышенный уровень хромосомных aberrаций характерен для третьего и последующих поколений не только женщины, но и мужчины.

2. Можно надеяться, что проведение в областном центре современных генетических исследований детей поможет своевременно обратить внимание на наличие хромосомных aberrаций при различной патологии.

3. Для улучшения качества работы врачей общей практики и педиатров в ведении больных, пострадавших вследствие ядерных испытаний и катастроф, необходимо организовать встречи с профильными специалистами, работающими в Томске или Новосибирске. (Последняя встреча с врачами из Новосибирска

проходила на базе госпиталя ветеранов войн в 2008 году, а у педиатров таких встреч не было).

### **Источники и литература / Sources and references**

1. Шелихов В. Г. Состояние здоровья и проблемы реабилитации пострадавших вследствие радиационного воздействия, проживающих в Кемеровской области // Сборник тезисов XII Международной научно-практической конференции «Экология. Радиация. Здоровье» (28-29 августа 2015 г.), Государственный медицинский университет г. Семей. – Семей, 2016. – С. 119.
2. Шмулевич С. А., Вавилов А. М., Ровда Ю. И. Радиационное неблагополучие отдельных территорий Кемеровской области и некоторые показатели здоровья // IX Международная научно-практическая конференция «ЭКОЛОГИЯ, РАДИАЦИЯ, ЗДОРОВЬЕ», посвященная 60-ти летнему юбилею Государственного медицинского университета г. Семей 29 августа 2013 г.– Семей, 2013. – С. 53.
3. Шмулевич С. А. Влияние факторов риска на формирование врожденных пороков сердца и клинические показатели детей и подростков: дис. на соискание уч. степени канд.мед. наук. – Томск, 2018.–134 с.
4. Шойхет Я. Н., Лоборев В. М., Киселев В. И., Лагутин А. А., Судаков В. В. Радиационное воздействие Семипалатинского полигона на Алтайский край // Вестник научной программы «Семипалатинский полигон – Алтай». – 1996. – №1. – С. 7-25.

БОРОВИКОВА З. В., СИЗОВА А. С.

### **ИЗ ИСТОРИИ БОРЬБЫ С БАКТЕРИАЛЬНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ**

*Кафедра истории*

*Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово*

BOROVIKOVA Z. V., SIZOVA A. S.

### **FROM THE HISTORY OF BACTERIAL INFECTION CONTROL**

*Department of history*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo*

*Аннотация:* В статье освещаются представления, бытовавшие в прошлом о возникновении инфекционных заболеваний и о методах борьбы с ними. Приводится краткая история открытия антибиотиков. Анализируются причины возникновения резистентности бактерий к антибиотикам. Показаны современные методы борьбы с бактериальными инфекционными заболеваниями и перспективы их развития в будущем.

*Ключевые слова:* история медицины, бактериальные инфекции, антибиотики, резистентность бактерий, бактериофаги, вакцины.

***Abstract:** The article highlights the ideas of the emergence of infectious diseases and methods of combating them that existed in the past. A brief history of the discovery of antibiotics is given. The reasons for the emergence of bacterial resistance to antibiotics are analyzed. The modern methods of combating bacterial infectious diseases and the prospects for their development in the future are shown.*

***Keywords:** history of medicine, bacterial infections, antibiotics, resistance, bacteriophages, vaccines.*

Испокон веков человечество ведет войну с невидимым невооруженным глазом миром. Мы находимся в бесконечной борьбе с организмами, которые живут среди нас и внутри нас, но остаются недоступными для нашего взора. В нашем организме происходят тысячи поражений и тысячи побед над невидимыми захватчиками. Речь идет о бактериях.

**Цель исследования** – собрать, обобщить и проанализировать информацию о ключевых событиях в развитии представлений о борьбе человечества с бактериями, показать современные методы борьбы с бактериальными инфекционными заболеваниями и перспективы их развития в будущем.

### **Материалы и методы исследования**

В ходе работы были собраны, систематизированы и проанализированы научные работы о развитии представлений о бактериальных инфекционных заболеваниях. Помимо общенаучных методов в исследовании были использованы проблемно-хронологический, историко-сравнительный и ретроспективный методы.

### **Результаты и их обсуждение**

Бактерии являются одной из первых форм жизни на Земле. Их место обитания не ограничено сушей, воздухом или водой. Они приспособились к самым суровым условиям жизни и сейчас трудно назвать место на Земле, которое не было бы заселено этими организмами. Впервые человечество узнало о существовании столь мелких форм жизни в 1676 г., когда Антони ван Левенгук увидел их в микроскоп. В 1828 г. немецкий зоолог Христиан Готфрид Эренберг предложил термин «бактерия».

Безусловно, человечество сталкивалось с бактериями до их непосредственного описания и открытия. В истории имеется огромное количество упоминаний о перенесенных эпидемиях чумы, холеры и сыпного тифа, которые протекали исключительно в тяжелой форме и характеризовались высокой заразностью и летальностью. Первые источники, содержащие информацию о массовых эпидемиях со схожей симптоматикой с данными заболеваниями, были обнаружены в Месопотамии, Египте и Древней Греции еще до нашей эры. Долгое время людям не было известно о возбудителях данных заболеваний, что приводило к неразумным методам борьбы с ними. Например, в Древней Месопотамии еще в I тысячелетии до н.э. проявление всех болезней связывали со

сверхъестественными силами. Считалось, что с человеком могло случиться несчастье или он мог заболеть, если на него подействовали злые чары или проклятье, демоны или злые духи. Следовательно, чтобы сохранить здоровье жители Месопотамии носили амулеты и обереги, читали заклинания, обращались к богам и добрым духам. Подобные представления о причинах болезней существовали и на Руси. В 1092 г. в Полоцке во время страшного мора население верило, что по улицам рыскают незримые бесы-навии, которые и вызывают болезнь. Люди еще долгое время продолжали верить в то, что болезни вызывают сверхъестественные силы. Так, в первой четверти XX в. у энцев (коренной малочисленный народ России, проживающий в бассейне Енисея) существовал миф о духе болезни, вызывающем сибирскую язву, что в свою очередь предопределяло способы врачевания, направленные на изгнание этого духа [1, с.28, 51; 2]. В 1923 г. в деревне Тобольского уезда после заражения сибирской язвой лошадей и нескольких мужчин, была приглашенная знахарка, которая при помощи гадания выяснила, что болезнь наслали три «ведьмы». Ее способ борьбы с сибирской язвой сводился к убийству трех девочек [3].

В средние века во время эпидемий бубонной чумы лекари и врачи вскрывали пациентам бубоны и делали кровопускание, тем самым способствуя массовому распространению инфекции. Постепенно пришло понимание, что источником заражения могла выступать одежда и личные вещи больного и по этой причине их стали сжигать, а больных изолировать. Во время пандемии чумы «Черной смерти» в 1346–1348 гг. в Европе врачи в целях предохранения от заболевания рекомендовали избегать общения с больными, запираясь у себя дома, или покидая зараженную местность, очищать воздух разведением больших костров на улицах и в домах, окуривать помещения смолистыми веществами. Вместе с тем для очищения зараженных помещений они советовали в большое плоское блюдо наливать свежее молоко и оставлять на середине зараженной комнаты, чтобы впитывало заразу. Для профилактики доктора советовали вокруг шеи носить человеческие фекалии в специальном мешочке [4].

Последняя крупная вспышка чумы в Европе произошла в 1771–1772 гг. в Москве. Врачи уже понимали, как распространяется заболевание и что нужно делать. Однако карантинные мероприятия, закрытие присутственных мест, безработица, отсутствие должностных лиц в городе и рост заболеваемости и смертности, довели москвичей до отчаяния. В надежде обрести исцеление горожане шли в церковь, совершали крестные ходы, молились, прикладывались к иконам, что способствовало дальнейшему распространению чумы. Особо почитаемой стала Боголюбская икона Божьей Матери. Распоряжение Московского архиепископа Амвросия о ее переносе в удаленное место привело к «чумному бунту». Восстание подавили. В город был направлен граф Григорий Орлов, благодаря деятельности которого удалось предотвратить дальнейшее распространение чумы. В городе был введен строгий карантин, производилась расчистка и обеззараживание города от трупов, докторам и лекарям повысили

жалование, строились новые больницы и карантинные и т.д. Благодаря согласованным и адекватным мерам было предотвращено дальнейшее распространение чумы по стране [5, 6].

Стоит отметить, что эпидемии инфекционных болезней, вызванные бактериями, на этом в России не закончились. Так на территории Сибири были зафиксированы массовые вспышки холеры, датированные 1871–1872 и 1892 гг. В этот период на левом берегу Новониколаевска (будущего Новосибирска) было зарегистрировано 794 инфицированных, половина из которых скончались. В 1919–1920 гг. жителям Новониколаевска пришлось пережить сразу 2 напасти: эпидемию холеры и сыпного тифа, которые унесли более 70 тыс. человеческих жизней. Тогда для борьбы с заразой крестьяне устраивали массовые крестные ходы, круговые опаживания сел, окуривание жителей дымом от костров. В деревнях по ночам раздавались выстрелы, – мужики «охотились» на холеру, которая представлялась им в образе страшной старухи или женщины с ведрами в руках. Бабы ночью обходили селения с ужасным шумом, нарядившись пострашнее, отпугивая ту же холеру. Так же утром и вечером натошак выпивали рюмку водки, ведь считалось, что спирт способен убить любую заразу. В качестве дополнительных мер предохранения от болезней у населения Новониколаевска было принято принимать бани и купаться в Оби. Данные методы не улучшали ситуацию, так как были абсолютно неэффективны. Позже стали строиться специальные изоляционные бараки, в которые помещали зараженных. Проводились антихолерное прививание населения, расчистка города и др. Несмотря на все усилия здравоохранения, холера и тиф продолжали возвращаться в Новониколаевск из-за антисанитарных условий быта и миграций большого количества людей. Окончательно победить эпидемию удалось лишь в 1922 г. ценой тысяч жизней [7].

Таким образом, мы видим, что продолжительный период времени (с момента понимания механизмов распространения бактериальных заболеваний) борьба с инфекциями заключалась только в профилактических и просветительских мероприятиях и не приносила ожидаемых результатов. А страх перед смертью в условиях массовой заболеваемости и смертности, способствовал стремительному распространению мистических причин заболевания среди простого народа и иррациональным способам борьбы с ним. Так продолжалось до 1928 г., когда британский биолог Александр Флеминг сумел выделить вещество пенициллин, обладающее способностью разрушать бактериальные клетки. Тогда на данное открытие не обратили особого внимания. Вспомнили о пенициллине во времена Второй мировой войны, когда огромное количество военных погибало не только от полученных ран, но и от последующего бактериального заражения. Работу с пенициллином продолжили ученые из Оксфорда Говард Флори и Эрнст Чейн. В 1940 г. они выделили препарат в чистом виде и изучили его терапевтические свойства. В 1943 г. Говард Флори передал технологию получения нового препарата американским ученым, после чего в США было

налажено массовое производство пенициллина, которое позволило спасти только в годы войны тысячи человеческих жизней [8].

В дальнейшем пенициллин помог человечеству справиться с такими древними и опасными заболеваниями как сифилис, чума и туберкулез и др. Стали выделяться и синтезироваться новые виды антибиотиков, которые с легкостью справлялись с широким спектром бактериальных инфекций. Все шло хорошо, до тех пор, пока врачи не столкнулись с проблемой резистентности (устойчивости) бактерий к антибиотикам. Появляется все больше новых полирезистентных штаммов бактерий, бороться с которыми имеющимися мерами уже не представляется возможным. Даже карбапенемы (мощный класс β-лактамов антибиотиков) теперь не эффективны в борьбе с некоторыми бактериями. Мировое сообщество создает различные программы для мониторинга угроз устойчивости к различным лекарственным препаратам. В такие программы входит, например, метициллинрезистентный золотистый стафилококк (англ. *Methicillin-resistant Staphylococcus aureus*), вызывающий серьезные заболевания человека (такие как сепсис и пневмония) и ныне устойчивый к большому спектру антибиотиков – бета-лактамам (пенициллины и цефалоспорины), а также ванкомицин-резистентные энтерококки (англ., *Vancomycin-resistant Enterococci*), вызывающие инфекции мочеполовой системы и устойчивые к ванкомицину. Данный штамм имеет высокое распространение в отделениях реанимации и патологии новорожденных [9], а антибиотик ванкомицин относится к средствам «стратегического запаса», так как считается наименее преодолимым для суперрезистентных бактерий [10].

Появление резистентности – закономерное проявление эволюции. Но сейчас невосприимчивость к антибиотикам возникает слишком быстро, что представляет собой серьезную опасность для человечества. Например, проблема туберкулеза во всем мире является очень острой, ведь на данный момент идет распространение устойчивых штаммов палочки Коха (лат. *Mycobacterium tuberculosis*), невосприимчивых ко многим существующим антибиотикам и вызывающих туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ).

Возникает вопрос, с чем связана такая быстрая адаптация бактерий к новым лекарственным препаратам? Дело в том, человечество является неким пособником естественного отбора для устойчивых бактерий. Происходит это по ряду причин. Первая и самая распространенная причина – банальное несоблюдение пациентами курса принятия антибиотиков. Сейчас любой желающий без рецепта может приобрести данные препараты. Как правило, большинство бросает лечение сразу после исчезновения симптомов заболевания. Таким образом, в организм поступает небольшая доза антибактериального препарата, которая убивает «слабых» и оставляет наиболее приспособленных к данному веществу бактерий, которые начинают размножаться и передавать свойство устойчивости своим потомкам. Так в дальнейшем и формируется резистентность. Вторая причина возникает не из-за нашей собственной

беспечности, а по вине владельцев сельскохозяйственных комплексов, которые добавляют антибиотики в корм для скота, с целью предотвращения массовых бактериальных эпидемий среди животных. Из-за чего небольшая доля антибиотиков попадает в наш организм еще и с пищей, например, с мясом или молоком. Третьей причиной формирования резистентности выступает проблема правильной утилизации отходов с сельскохозяйственных предприятий и объектов здравоохранения. Сливы отходов с больниц и ферм, содержащие антибиотики, попадают в окружающую среду, давая бактериям идеальную среду для формирования устойчивости к препарату. Четвертой причиной выступает неправильный подход врачей к применению антибиотиков. По истечении определенного промежутка времени необходимо менять тактику лечения бактериальных заболеваний и, соответственно, используемые против инфекции антибиотики. То есть, в одном лечебном учреждении, специализированным под лечение бактериальных инфекций, недопустимо использовать один и тот же препарат в течение продолжительного времени. На деле это условие не всегда возможно соблюсти. И пятая причина, использование антибиотиков в быту, например, для обработки рук. Антибактериальное мыло на данный момент пользуется большой популярностью. Люди, используя его, надеются защитить себя от болезнетворных бактерий, а на деле создают на своих руках среду для развития новых устойчивых штаммов. Это же относится и к медицинскому персоналу, который предпочитает обычному мытью рук использование антисептиков, содержащих антибиотики [11, 12].

Мы столкнулись с тем, что заболевания, которые, как нам казалось, уже остались в прошлом, возвращаются вновь и начинают распространяться с новой силой. Встает вопрос, как действовать дальше, что противопоставить против резистентных бактерий? На наше счастье, работа ученых не останавливается и ведется поиск новых методов борьбы с бактериальными инфекциями.

Ведется разработка новых методов поиска и производства антибиотиков. Дело в том, что фармакологические компании опасаются финансировать подобные исследования, так как удовольствие это не из дешевых, а шанс успешного создания препарата очень мал. По этой причине ученые стараются использовать молекулы уже известных антибиотиков для синтеза новых. Так, выделение из пенициллина ядра молекулы под названием 6-АРА позволило создать новые антибиотики, которые отличались от первоначальной молекулы наиболее широким антибактериальным спектром действия (например, метициллин и ампициллин) [13].

Помимо этого, ученые постоянно обращаются к объектам природы, с целью найти антибиотики в организме других живых существ. Так из слизистой оболочки кожи лягушки *Ranaboylii* было выделено вещество, обладающее антибактериальными свойствами, которое может эффективно бороться с резистентным по отношению к пенициллину золотистым стафилококком [14]. Также большой интерес для ученых представляют грибы, которые способны

выделять антибактериальные вещества. Так в поле зрения микробиологов попал гриб вида *Ganoderma applanatum*, из которого выделили насыщенные жирные кислоты, обладающие противомикробным действием [15, 16]. Российским ученым удалось выделить из гриба *Emericellopsis alkalina* антибиотик эмерициллипсин А, который обладает активностью против резистентных форм грамположительных и грамотрицательных бактерий [17]. Интерес для ученых представляют и древние беспозвоночные Земного шара по причине того, что они обитают в неблагоприятных условиях среды и за свое многовековое существование выработали эффективные методы борьбы с различными инфекциями. Одними из таких существ являются черви, пептиды которых активно изучаются учеными. Сейчас уже удалось выделить так называемые асеницины из червя вида *Arenicola marina*, которые обладают антимикробным действием [18].

Еще один способ борьбы с резистентностью, это создание антибиотиков с множественным спектром действия. Было получено вещество SCH-79797, которое нарушает метаболизм фолатов бактерий и способно разрушать их клеточную стенку. SCH-79797 показал эффективность в борьбе с мультирезистентными штаммами бактерий [19].

Помимо этого, стоит упомянуть и вирусы, которые могут успешно использоваться как одна из мер борьбы с бактериями. Применение бактериофагов в медицине на данный момент еще не нашло широкого применения, так как создание и выделение подобного вируса в лабораторных условиях требует огромного количества времени. Тем не менее, данный подход является очень перспективным, так как позволяет воздействовать на конкретный микроорганизм, не нарушая жизнедеятельность остальных. Например, в России выпускают несколько препаратов на основе бактериофагов. К таковым относится «пиобактериофаг очищенный поливалентный», «бактериофаг стрептококковый», «бактериофаг дизентерийный» и др. [20]. Стоит заметить, что применение подобных препаратов в нашей стране ведется еще со времен СССР, а в странах Запада все проекты, связанные с данным направлением были свернуты после распространения антибиотиков и только сейчас начинают набирать обороты в связи с угрозой устойчивости бактерий [21].

Существуют вакцины, направленные на выработку иммунитета к определенному виду бактериальных клеток. Например, существует вакцина БЦЖ от туберкулеза, на создание которой ученым потребовалось порядка сотни лет. На данный момент термин вакцина ассоциируется у нас в основном с борьбой против вирусных заболеваний. Связано это с тем, что на данный момент прививок от бактериальных инфекций существует достаточно небольшое количество, что объясняется некоторыми сложностями в их создании. Бактериальным клеткам, в отличие от вирусов, не нужен другой живой организм для размножения. Это влечет за собой опасность появления вирулентных штаммов в ранее безопасной пробирке с вакциной. Помимо этого, трудно найти безопасный штамм бактерии,

который одновременно обладает высокой степенью иммуногенности и низким показателем токсичности и частоты побочных эффектов для организма человека [22,с. 385]. Так же ведется разработка вакцин на основе анатоксинов (токсины бактерий, которые потеряли свою высокую токсичность в ходе специальной химической обработки) и на основе фрагментов ДНК бактериальных клеток.

### **Выводы**

Долгое время человечество было бессильно перед бактериальными инфекционными заболеваниями, которые часто превращались в страшные по своим последствиям бедствия. Чтобы хоть как-то противостоять непостижимому и беспощадному напастю люди обращались к потусторонним силам, используя бесполезные, а иногда и откровенно вредные способы борьбы с болезнью. Однако и во времена первобытности, и в средние века находились шаманы, врачеватели или доктора, которые понимая прилипчивость болезни, рекомендовали изолировать больных и надолго покидать зараженные места. Развитие медицины привело к выявлению механизмов распространения бактериальных инфекций, что в свою очередь способствовало разработке и внедрению санитарно-профилактических мероприятий. Переломный момент в борьбе с инфекционными болезнями наступил благодаря открытию пенициллина и широкому применению антибиотиков в медицинской практике. С возникновением резистентности бактерий к антибиотикам борьба с бактериальными инфекциями вышла на новый уровень.

Бактерии окружают нас повсюду, и наша жизнь тесно связана с данными микроорганизмами. Существуют патогенные виды, которые вредят человечеству, но вместе с тем они помогают нам совершенствовать механизмы защиты нашей иммунной системы. Взаимодействие с бактериями позволяет нам изменяться в ходе эволюционного процесса, заставляет нас развивать науку и медицину для того, чтобы разрабатывать новые методы защиты от патогенов. На данный момент мы имеем достаточно средств и располагаем большим количеством знаний для того, чтобы сделать нашу жизнь безопасной и комфортной среди невидимого невооруженным глазом микромира. История развития медицины показывает – научный прогресс не стоит на месте. Главное помнить, что наше здоровье в значительной степени зависит от нас самих и от того, как мы соблюдаем санитарные и профилактические нормы, которые разрабатывались и апробировались десятилетиями и столетиями, чтобы служить на благо человечества.

### **Источники и литература / Sources and references**

1. Сорокина Т. С. История медицины: учебник для студ. высш. мед.учеб. заведений. – 8-е изд. – М.: Издательский центр «Академия», 2008. – 560 с.

2. Скороходов Л. Я. Краткий очерк истории русской медицины. – Ленинград, 1926. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.supotnitskiy.ru/book/book7-1.htm> (Дата обращения: 21.02.2021).
3. Темплинг В. Я. Сибирская язва в традиционной культуре русских крестьян Западной Сибири // Уральский сборник. История. Культура. Религия. Вып. 2. – Екатеринбург, 1998. – С. 242-257.
4. Супотницкий М. В., Супотницкая Н. С. Очерки истории чумы. Книга I. Чума добактериологического периода. – М.: Вузовская книга, 2006 – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://coollib.com/b/439619-mihail-vasilevich-supotnitskiy-ocherki-istorii-chumyi-kniga-i-chuma-dobakteriologicheskogo-perioda/readp?p=47&cnt=9000> (Дата обращения: 01.03.2021).
5. Звягинцев Е. Чума в Москве в XVII и XVIII вв. // Исторический журнал. – 1937. № 2. – С. 52-59. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [https://portalus.ru/modules/rushistory/rus\\_readme.php?subaction=showfull&id=1192035923&archive=1450387290&start\\_from=&ucat=&](https://portalus.ru/modules/rushistory/rus_readme.php?subaction=showfull&id=1192035923&archive=1450387290&start_from=&ucat=&) (Дата обращения: 01.03.2021).
6. Горелова Л. Е. Чума в Москве (1771—73 гг.) // Русский медицинский журнал. – 2002. № 16. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [https://www.rmj.ru/articles/istoriya\\_meditiny/Chuma\\_v\\_Moskve\\_1771-73\\_gg/#ixzz4sXZgEN48](https://www.rmj.ru/articles/istoriya_meditiny/Chuma_v_Moskve_1771-73_gg/#ixzz4sXZgEN48) (Дата обращения: 01.03.2021).
7. Зверев В. А. На холеру – с ружьём: эпидемия 1892 г. в Верхнем Приобье и жизнесохранительное поведение народа – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://bsk.nios.ru/content/na-holeru-s-ruzhem> (Дата обращения: 01.03.2021).
8. Опимах И. В. Пенициллин и его герои.– [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/penitsilin-i-ego-geroi> (Дата обращения: 21.02.2021).
9. Любимова А. В., Шаляпина Н. А., Колоджиева В. В., Ряховских С. А., Дмитриева О. В., Бродина Т. В., Шишмаков А. А. Эпидемиология ванкомицин-резистентных энтерококков в отделениях различного профиля. // Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. 2016.– [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://doi.org/10.31631/2073-3046-2016-15-4-48-52> (Дата обращения: 21.02.2021).
10. Ванкомицин. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://ru.wikipedia.org/wiki/> (Дата обращения: 20.02.2021).
11. Потапова Н. Антибиотики и антибиотикорезистентность: от древности до наших дней. // Биомолекула – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://biomolecula.ru/articles/antibiotiki-i-antibiotikorezistentnost-ot-drevnosti-do-nashikh-dnei> (Дата обращения: 21.02.2021).
12. Aiello AE, Larson EL, Levy SB. Consumer antibacterial soaps: effective or just risky? *Clinical Infectious Diseases* 2007; 45(Supplement 2): S137-S147. –

- [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK73515/> (Дата обращения: 21.02.2021).
13. Бензилпенициллин. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://ru.wikipedia.org/wiki> (Дата обращения: 21.02.2021).
14. Лягушачьи антибиотики. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.ras.ru/news/shownews.aspx?id=3b717631-6a4f-4238-adbd-168f2b0a4009&print=1> (Дата обращения: 21.02.2021).
15. Investigation of Potential Antibacterial Properties of Methanol Extracts from Fungus *Ganoderma applanatum* – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16899973/> (Дата обращения: 21.02.2021).
16. Недооцененный потенциал грибов. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://biomolecula.ru/articles/nedootsenennyi-potentsial-gribov> (Дата обращения: 21.02.2021).
17. Универсальный и нетоксичный: в России открыт суперантибиотик. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [https://www.gazeta.ru/science/2020/09/23\\_a\\_13263079.shtml](https://www.gazeta.ru/science/2020/09/23_a_13263079.shtml) (Дата обращения: 21.02.2021).
18. Пептиды ареницины, выделенные из морского кольчатого червя *Arenicolamarina*, обладающие антимикробным действием. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://patenton.ru/patent/RU2261866C1> (Дата обращения: 21.02.2021).
19. A Dual-Mechanism Antibiotic Kills Gram-Negative Bacteria and Avoids Drug Resistance. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [https://www.cell.com/cell/fulltext/S0092-8674\(20\)30567-5](https://www.cell.com/cell/fulltext/S0092-8674(20)30567-5) (Дата обращения: 21.02.2021).
20. Микроген. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.microgen.ru/products/> (Дата обращения: 21.02.2021).
21. Щербенков И. М. Бактериофаги, что мы знаем о них? // Медицинский совет. 2013. №2. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/bakteriofagi-cto-my-znaem-o-nih/viewer> (Дата обращения: 21.02.2021).
22. БЦЖ. // Большая медицинская энциклопедия: [в 30-ти т. АМН СССР]. Гл. ред. Б.В. Петровский. – 3-е изд. – М.: Советская энциклопедия. – Т. 25. ТЕННИС – УГЛЕКИСЛОТА. 1985. XXV. – 554с.

ПОМЫТКИНА Т. Е., ТЕРЕХИНА В. С.

**УНИКАЛЬНАЯ ОПЕРАЦИЯ ПОД ЗЕМЛЕЙ,  
СПАСШАЯ ЖИЗНЬ ШАХТЕРУ**

*Кафедра поликлинической терапии, последипломной подготовки  
и сестринского дела*

*Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово*

ПОМУТКИНА Т. Е., TEREKHINA V. S.

**A UNIQUE UNDERGROUND OPERATION THAT  
SAVED THE LIFE OF A MINER**

*Head of the Department of Polyclinic therapy, postgraduate  
training and nursing*

*Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo*

**Аннотация:** Шахты России - одни из самых опасных в мире. На территории Кузнецкого угольного бассейна расположено более сотни угольных шахт. По статистике, в угольной отрасли при добыче 1 млн. т угля погибает 1 – 2 горняка. Если учесть тот факт, что в 2012 г. в Кузбассе установили рекорд по добыче угля – 200 млн. т., то можно сделать выводы о том, сколько людей погибло под землей.

**Ключевые слова:** Г. Л. Колосов, шахта, синдром длительного сдавливания, врач, горноспасатели.

**Abstract:** The mines of Russia are among the most dangerous in the world. More than a hundred coal mines are located on the territory of the Kuznetsk coal basin. According to statistics, 1 – 2 people die in the mine when extracting 1 ton of coal. And if we take into account the fact that in 2012 in Kuzbass set a record for coal production – 200 million tons, then we can draw conclusions about how many people died underground.

**Keyword:** G. L. Kolosov, mine, long-term compression syndrome, doctor, mountain rescuers.

На территории Кемеровской области базируется горноспасательный отряд, основной задачей которого является спасение людей при авариях [1]. У шахтера, попавшего под завал и пробывшего там некоторое время развивается синдром длительного сдавливания (СДС или «краш – синдром» – авт.). СДС – патологическое состояние, развивающиеся после длительного сдавливания большой массы мягких тканей. При спасении, в первую очередь, необходимо обезболить пострадавшего и ввести ему щелочной раствор; во вторую – наложить на сдавленную конечность жгут, чтобы не дать восстановиться кровообращению. В тех случаях, когда руку или ногу освободить невозможно и сохраняется угроза повторного обвала, в качестве профилактики краш-синдрома рекомендована ампутация под прессом, то есть прямо под землей [2].

В феврале 1997 г. именно такую ампутацию провела бригада прокопьевских хирургов, возглавляемая Геннадием Львовичем Колосовым. Во время обвала на шахте «Коксовая» молодому шахтеру придавило обе ноги, правая голень

«намертво» застряла в месиве породы и металла [3].

Выезжая на вызов в тот холодный день, Г. Л. Колосов и анестезиолог-реаниматолог А. Е. Алёхин уже знали, что случай тяжёлый: на протяжении 9 часов горноспасатели не могли выволить из-под завала шахтёра. Обломки горной породы и брёвна ему прижали правую ногу в области голени. Пробраться к горняку можно было только одним способом – ползком. Спасатели, стараясь выволить несчастного, перепробовали все варианты – ничего не помогало. Любая деятельность могла вызвать новый обвал. Медики из горноспасательной бригады ввели мужчине обезболивающее. Но дальше они были бессильны.

Получив согласие пациента, было принято решение – ампутировать зажатую ногу. Первым к пациенту пролез А. Е. Алёхин и дал наркоз, затем его место занял доктор Г. Л. Колосов. Он наложил два жгута, так как если бы жгут случайно соскочил, это вызвало бы сильнейшее кровотечение из бедренной артерии и летальный исход в течение 15 с. Затем, лежа на животе, Колосов начал ампутацию. Глазами доктора были опытные руки. Сверху постоянно сыпались комки горной породы, уголь, текла вода. В любой момент обоим могло завалить породой. Через полчаса операция завершилась.

Но встала другая проблема – нужно было вытащить находящегося под наркозом пациента. Шахтёра спустили на 50 м вниз через почти вертикальное узкое отверстие к подземному электровозу, почти км, бесчувственного, везли до подъёмника. Наконец, подняли на поверхность. Уже через два часа место «подземной» операции полностью завалило. Наверху шахтера уже ждал реанимационный автомобиль. В больнице ему повторно обработали рану, перевязали сосуды, сформировали культю под протез. Пациент быстро пошёл на поправку. Ценой невероятных усилий доктор Колосов и его коллеги сохранили мужчине жизнь.

9 июня 2003 г. Г. Л. Колосов и А. Е. Алёхин были удостоены национальной премии «Призвание» в номинации «За проведение уникальной операции, спасшей жизнь человека». Эта премия вручается ежегодно с 2001 г., в канун Дня медицинского работника, за особый вклад в развитие медицины.

Геннадия Львовича Колосова не стало в 2009 г., его сердце не выдержало последствий трагедии на шахте имени К. Е. Ворошилова (Прокопьевск – авт.), в результате которой погибли коллеги-горноспасатели. Главная заслуга Г. Л. Колосова в том, что под его руководством была создана первая в Кузбассе реанимационная противошоковая группа для оказания квалифицированной медицинской помощи в подземных условиях. За высочайший профессионализм Геннадий Колосов получил особую оценку. Он награжден медалью Российской Федерации «За спасение погибавших». Имя Г. Л. Колосова внесено в Книгу Памяти погибших шахтеров Кузбасса [4].

Была эта операция в Кузбассе, между прочим, не первой. Первым ее выполнил так же прокопьевский хирург Михаил Иванович Никифоров еще в 1935 г. За это он был награжден орденом Трудового Красного Знамени. В его

честь назвали одну из улиц города. Позже его, без преувеличения говоря, подвиг был в разные годы повторен трижды: хирургическими бригадами Русалёва, Абисалова и Колосова, выпускниками Кемеровского государственного медицинского института [5, 6].

### **Источники и литература / Sources and references**

1. ВГСЧ Кузбасса / MiningWiki : [Свободная шахтёрская энциклопедия]. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://miningwiki.ru/> (дата обращения: 23.01.2021).
2. Перечень ВГСЧ Кемеровской области / МЧС России: Главное управление по Кемеровской области – Кузбассу: [Портал МЧС России]. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://42.mchs.gov.ru/glavnoe-upravlenie/sily-i-sredstva/voenizirovannye-gornospasatelnye-otryady/perechen-vgsch-kemerovskoy-oblasti> (дата обращения: 23.01.2021).
3. Акимова В. Откопали из завала. А дальше? // Русский Медицинский Сервер: медицинская газета. – 2000. – 12 января (№ 1). – С. 3.
4. Татаринцева И. Памяти врачей // Шахтерская правда. – 2014. – 20 июня – С. 1 – 2.
5. Герасимова А. И. Никифоров и Ниренбург – первые организаторы оказания медицинской помощи при авариях на шахтах в Кузбассе (30 – 50-е гг.) // Безопасность жизнедеятельности в угольных регионах: материалы IV-й междунар. научно-практ. конф. (22 – 23 ноября 2000 г. г. Кемерово, КузГТУ). – Кемерово, 2000. – С. 219 – 220.
6. Организация медицинской помощи тяжелопораженным шахтерам при взрывах и завалах в угольных шахтах Кузбасса / под ред. И. К. Галеева. – Кемерово, 2002. – С. 16 – 17.

БОРОВИКОВА З. В., ПРОШУТИНСКАЯ Ю. И.

### **НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЫ В ЯКУТИИ**

*Кафедра истории*

*Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово*

BOROVIKOVA Z. V., PROSHUTINSKAYA YU. I.

### **SOME ASPECTS OF FOLK MEDICINE IN YAKUTIA**

*Department of History*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo*

*Аннотация:* В статье рассматриваются некоторые аспекты народной медицины Якутии в прошлом. Анализируются представления северных народностей о причинах происхождения болезней. Приводятся примеры лечения лекарственными средствами растительного и животного происхождения. Описываются средства и методы лечения,

применяемые народными целителями, особенности пищевого рациона коренных народов Севера.

**Ключевые слова:** народная медицина, Якутия, шаманизм, лекарственные средства растительного и животного происхождения, пищевой рацион.

**Abstract:** The article examines some aspects of traditional medicine in Yakutia in the past. The ideas of northern peoples about the causes of the origin of diseases are analyzed. Examples of treatment with medicinal products of plant and animal origin are given, the means and methods of treatment used by traditional healers, and the peculiarities of the diet of the indigenous peoples of the North are described.

**Key words:** traditional medicine, Yakutia, shamanism, herbal and animal medicines, food ration.

В Якутии вплоть до сегодняшнего дня сохранились многие методы и приемы народного врачевания, и их широкое распространение среди населения. Это объясняется удаленностью республики от центра, низкой плотностью населения на огромной территории, проживанием людей в труднодоступных территориях, суровыми природно-климатическими условиями.

Учитывая, что народная медицина, по сути, является современницей человечества, ее изучение в конкретном регионе позволяет понять закономерности развития представлений о болезнях и способы их лечения с учетом конкретных природно-климатических условий.

**Цель исследования** – собрать и проанализировать материалы о народной медицине Якутии в прошлом; проследить взаимосвязь народной медицины, религиозных представлений и природно-климатических условий у северных народностей.

### **Материалы и методы исследования**

В ходе работы были собраны и проанализированы научные труды, посвященные народной медицине, истории и верованиям в Республике Саха, воспоминания населения, проживающего на территории Якутии. Помимо общенаучных методов исследования использовались проблемно-исторический, историко-сравнительный и ретроспективный методы.

### **Результаты и их обсуждение**

Якутия (Республика Саха) – находится в северо-восточной части Евразийского материка. Ее площадь составляет 3103,2 тыс. кв. км. Большую часть республики занимают горы и плоскогорья. Часть территории находится на материке, часть – на островах. Для этих территорий характерны экстремальные климатические условия. Здесь находятся полюса холода – Верхоянск и Оймякон, где средняя температура января  $-48^{\circ}\text{C}$ , а абсолютный зарегистрированный минимум –  $-71^{\circ}\text{C}$ . Зимой сильные морозы до  $-50$ – $-60^{\circ}\text{C}$ , метели и пурга. Летом столбики термометров не превышают  $+5^{\circ}\text{C}$  в самые солнечные дни. Длительность

светового дня в июне (во время белых ночей) достигает 20 часов. Туманы и морозящие дожди, разливные реки и заболоченность – обычное явление для этих территорий.

Согласно результатам Всероссийской переписи населения 2010 г. национальный состав населения в республике был представлен следующим образом: 49,91 % от всего населения приходилось на якутов, 37,84 % – на русских, 2,25 % – на эвенков, 2,18 % – на украинцев, 1,61 % – на эвенов соответственно. Все остальные этносы составляли менее 1 %.

Самым многочисленным этносом, проживающим на территории Республики Саха являются якуты. Формирование коренного населения Якутии началось в середине I тыс. н. э. Тюркоязычные племена переселялись на территорию современной Якутии несколькими волнами, последняя из которых приходилась на XIV–XV вв. Якуты как народность сформировались в бассейне Средней Лены на основе смешения пришлых тюркоязычных племён с местными палеоазиатскими родами, а также с пришлыми монголоязычными хоринцами и тунгусами [1].

Специфика рельефа местности и природно-климатические особенности Якутии способствовали развитию у коренного населения таких традиционных занятий как собирательство, охота, рыболовство, кочевое оленеводство. Перечисленные факторы во многом предопределили развитие народной медицины в Республике Саха.

В жизни коренных народов Севера, где кругом подстерегали опасности и трудности, религиозные представления играли огромную роль. Окружающий мир был одухотворен. Человек являлся частью природы-космоса. Как человек оказывал влияние на природу, так и она влияла на человека и его судьбу. Понимание и соблюдение законов природы, жизнь в гармонии с ней обеспечивали здоровую и благополучную жизнь. Отступление от этого правила приводило к невздам и болезням. Первопричиной всякой болезни, считался злой дух, который проникает в человека, вызывая в теле тесноту и боль.

Согласно вековым традициям, проводником между миром людей и миром духов был шаман. Только он мог изгнать дух болезни (злой дух). Его действия, как правило, сопровождалось сложными ритуалами и шумовыми эффектами.

Шаманы в свою очередь разделялись на больших и малых. Маленькие шаманы встречались довольно часто и не вызывали страха у местного населения, так как максимум на что они способны – это вылечить больную скотину или найти украденное. Другое дело большой шаман, который может исцелить человека, предсказать будущее, а может и навлечь беду на весь род. Настоящего шамана уважали и боялись на сотни верст кругом [2].

Шаманы, владея древней силой заклинаний, вызывали суеверный трепет у местного населения. Среди причин заболеваний встречаются упоминания о «шаманской порче». Слова и действия шаманов не вызывали сомнений. Слава шамана шла впереди него, а скептиков и сомневающихся среди местного

населения не встречалось. В этом случае наряду с прочими компонентами народного врачевания уместно говорить о психотерапевтическом воздействии на больных через камлания, предсказания, заклинания, внушения шаманов и самовнушения, соблюдение традиций и обычаев [2, 3].

Народным врачеванием у якутов занимались разные категории целителей. Так в челобитных XVII в. одновременно упоминается о плате за лечение и шаману, и лекарю. Было известно несколько категорий целителей-врачевателей – шаман, алгааччы (заклинатель), ичээн (знахарь), отосут (знаток трав). Среди них большой популярностью в XVIII – XIX вв. пользовался отосут. Фактически это был профессиональный лекарь.

Народными врачевателями были не только мужчины, но и женщины. Существовали целые лекарские семьи, где приемы и способы врачевания передавались из поколения в поколение, строго оберегаясь от непосвященных [3].

Лекарям были известны приемы хирургического лечения. В документах XVIII – XIX вв. описаны способы лечения пробитого черепа и переломанных конечностей, сохранились сведения о проведении операции напоминающей кесарево сечение, когда в качестве шовного материала использовали тонкие нити из телячьей жилы. Народные целители располагали знаниями и представлениями по анатомии и физиологии человека, которые были получены эмпирическим путем, и которыми они руководствовались в своей практике. Например, при ангине больному привязывали к шее заячью шкурку, полоскали горло раствором поваренной соли (или заваривали кору тальника). Иногда прикладывали к шее горячую золу, завернутую в тряпицу [4].

Сохранились сведения, что якутам в XVII в. было известно оспопрививание. В качестве оспенного материала использовались гнойные пузырьки на коже больного человека. Врачеватель, предварительно накалив на костре кончик специального ножа, прививал оспенный материал, тем самым спасая людей во время эпидемий натуральной оспы [5].

Среди врачевателей существовала специализация, как по общей терапии, так и по узким группам заболеваний. Одни лечили больных только лекарственными средствами, вторые занимались только кровопусканием, третьи только правили кости, четвертые делали массаж, пятые лечили глазные болезни, шестые принимали роды.

В народной медицине Якутии применялись и физико-терапевтические методы лечения. Например, к прижиганию прибегали при ревматизме, радикулите, при растяжении мышц, связок, болезнях желудка, печени и др. Народными врачевателями Якутии широко применялось кровопускание при головных болях, застоях крови в тканях, болезнях глаз, кровеносных сосудов, суставном ревматизме. После чего восстанавливалось снабжение тканей свежей кровью. Так у якутов для пуска крови лекарь вскрывал одну из вен, расположенных вблизи больного места, рожок прикладывал на пробитую ранку и высасывал кровь через него.

Были известны иглоукалывание и массаж. Кроме того, якуты издавна знали и пользовались целебными свойствами некоторых озер. В Вилуйском округе при ревматизме купались в озере Кемпендяй и это помогало [6].

У коренного населения Республики Саха большой популярностью пользовались и продолжают пользоваться лекарственные компоненты растительного происхождения, знания о которых накапливались эмпирическим путем веками и передавались из поколения в поколение. В народной медицине широко использовали багульник болотный. Отвар его листьев применялся против золотухи, экзем, язв. Отвар надземной массы пили при сердечных заболеваниях. Концентрированный отвар использовали для выведения вшей и блох. Отвар из цветов и листьев применяли при кожных опухолях, нарывах, ранах, а спиртовую настойку – при ревматизме.

Перечень лекарственных растений, применяемых в народной медицине Якутии разнообразен. Отвар листьев брусники назначался целителями при поносах, болезнях печени, наружно – при ревматизме, сок ягод – при грибковых заболеваниях кожи. Настойку корней валерианы якутской применяли при нервных возбуждениях. Водный отвар веток голубики пили при болезнях сердца, ягоды применяли при дизентерии, отвар листьев – как легкое слабительное. Ягоды голубики были известны как противоязвенное средство, а ягодный сок и отвары из ягод – как общеукрепляющее. У кипрея узколистного (иван-чая) отвар наземной части пили при сильных головных болях и как успокаивающее. Отвар хвои можжевельника обыкновенного использовали при желтухе, отвар хвои с ветками – при увеличении печени. Настой из полыни употреблялся при головной боли, боли под лопаткой, запорах, ранах и порезах, параличах, как глистогонное средство. На основе сабельника обыкновенного в народной медицине Якутии изготавливали настойки, мази, примочки и отвары. Отвары корней пили при ревматизме и желудочных болях, а отвар всего растения – при туберкулезе легких. Отваром травы полоскали больное горло, применяли при укусах бешеных собак, от поносов и кровотечений [7, с. 52, 54, 63, 82, 102, 129]. И это далеко не полный перечень лекарственных растений, применяемых в прошлом и в настоящем в народной медицине Якутии. Часть растений изучена и используется в качестве сырья в научной медицине. А часть растений еще только предстоит изучить.

Так, сведения о траве «кучукта», которая использовалась народными целителями Якутии против проказы, дошли до англичанки Кэт Мэрсден. В поисках этого растения она в 1891 г. даже приехала в Якутию, правда этой травы не нашла [8]. Признанным лекарственным растением был ягель или «олений мох» – лишайник, являющийся основным кормом северных олений. Ягель прикладывали к больным суставам в качестве компресса, при простудных заболеваниях его прикладывали к спине и груди. Часто в зимнее время, когда собирать ягель под снегом тяжело, забивали оленя и использовали содержимое

желудка как готовое лекарство. Полученное средство «маняло» использовали и во внутрь при самых разных заболеваниях [3].

Сегодня доказано, что ягель содержит протеины, а также липиды в виде жирных кислот, усниновую кислоту, витамины А и С, макро- и микроэлементы: железо, барий, медь, хром, титан, марганец, никель и йод. Так в современной медицине биопрепарат «Ягель», изготовленный из экстрактов слоевищ лишайников рода *Cladina*, рекомендуют в целях профилактики и для купирования последствий инсультов и инфарктов. Он стимулирует процесс кроветворения, нормализует процессы свёртывания крови, повышает физическую и умственную работоспособность, устойчивость человека к стрессам. Приём препарата способствует активному долголетию за счёт содержания в нём фолиевой кислоты и витамина В12 [9].

Как в питании северных народов, так и в народном врачевании продукты животного происхождения занимали значительное место. В качестве лекарственных компонентов выступали части или внутренние органы животных: жир, желчь, печень, кровь, шкура, язык, кости, желудок, мочевой пузырь и др., которые давали охота и оленеводство. При обморожениях и ожогах широко применялись гусиный и медвежий жир. Медвежьей желчью использовали для лечения глазных заболеваний и при болезнях органов пищеварения, (например, принимали при раке пищевода). Медвежьим салом лечили ревматизм, прикладывая его на больные суставы. Якуты для лечения ревматизма применяли конский лыточный мозг, втирая его в больные места. В случае сильного избиения и угрозы смерти больному давали по несколько капель свежей оленьей желчи разведенных в воде. При больших кровопотерях рекомендовалось пить свежую кровь скота. При туберкулезе легких давали пить оленьё сало и настой из ягеля.

Для лечения желтухи забивали телку, и ее свежеснятой шкурой (мехом вверх) оборачивали больному все тело. Больной лежал до остывания этой шкуры. После чего шкура уносилась лекарем в отдельное место и закапывалась. Выздоровление наступало на 2-3 день [5]. Известен способ лечения, когда раненых помещали в брюхо, специально забитым для этого кобылам или коровам, за счет чего и происходило исцеление [3].

В народной медицине Якутии были известны лекарства из рыбы. Например, из высушенного пузыря осетра готовили отвар, который по сей день используют при лечении язвы желудка, кишечника, колита, воспалений полости рта и пищевода, а так же для лечения раковых больных.

Население Якутии издревле тесно связано с животным миром. Занятие охотой способствовало изучению повадок диких животных. Было замечено, что раненый хищник старается найти лосиный или олений рог. Найдя его, ложится раной на снег, грызет рог и кровотечение останавливается. Традиционно в народной медицине Якутии большой популярностью пользовались и по-прежнему продолжают пользоваться панты оленя – рога оленей в период их ежегодного роста. Высокая эффективность пантов оленей доказана современной

научной медициной. Водно-этанольные экстракты пантов северного оленя и их композиции с растительными и животными компонентами в препаратах «Эпсорин» и «Роксирин» оказывают выраженный адаптогенный и иммуномодулирующий эффект. Они рекомендуются при широком спектре заболеваний и для общего укрепления иммунитета [9].

Для народной медицины Республики Саха характерно не только лечение болезней, но и их предупреждение. С одной стороны этому способствовало строгое следование традициям и обычаям, через соблюдение религиозных представлений, а с другой стороны – особенности пищевого рациона.

Проживая в суровых природно-климатических условиях и находясь в изоляции, коренные народы Якутии, не имея доступа к другим источникам продуктов, за столетия изучили и научились рационально использовать дары местной флоры и фауны. Питание народов Крайнего Севера зависело от времени года. Они употребляли коренья и наземные части дикоросов, ели ягоды. В зимнее время употребляли зелень в отварах трав, сушеную и мороженную ягоду. Интересно, что коренное население Якутии не страдало цингой, так как в пищу часто добавляли отвар из почек кедрового стланика, морошку, дикий лук, смородину, чай из листьев и цветов шиповника, пили свежую кровь только что убитых промысловых или домашних животных. Сегодня эти продукты известны нам благодаря большому содержанию в них аскорбиновой кислоты и других витаминов.

Важным элементом питания у коренных народов Севера было мясо конское и скотское. Якуты его употребляли в не доваренном виде. Из конины иногда делали строганину. Жир и мясо могли есть и сразу при свеживании скота. Для страдающих малокровием варили кровяные колбаски. В значительных количествах употребляли жиры и масла [10, 11].

Одним из источников белков у народов Севера была оленина. Известно, что в мясе северного оленя содержится витамина С в 13 раз больше, чем в мясе крупного рогатого скота и на 6 % больше белка, чем в говядине. Оленина – нежирное мясо, где на долю жира приходится всего 3,3-4,8 %. Она обладает очень высокой переваримостью – 91 %, имеет уникальное соотношение насыщенных, мононенасыщенных и полиненасыщенных жирных кислот [12]. Не зная всех этих цифр, коренные народы Севера, понимали пользу оленины. Так у нганасан оленьё мясо съедалось со всеми потрохами. Кости собирались в специальные кожаные мешки, дробились и из них вываривали очень ценный жир. Оставалась только шкура, которую использовали для пошива одежды и обустройства жилища [5]. Все, что удавалось вырастить и добыть в условиях суровой северной природы, местное население использовало бережно и максимально эффективно.

Значительная часть пищевого рациона у коренных народов севера была представлена рыбой, которая являлась ценным источником белков и питательных веществ. Якуты употребляли в пищу речную рыбу (стерлядь, осетровых, тайменей, ленков, сигов, омулей, чиров) и морскую рыбу майма. Причем ее не

только жарили и варили, но и ели мерзлую в виде строганины. [11]. Рыба легко усваивается. В ее мясе содержится комплекс витаминов группы В. Жир океанических рыб богат витаминами А и D. Северная рыба богата полиненасыщенными жирными кислотами Омега 3, которые оказывают антисклеротическое действие на кровеносные сосуды, улучшают их эластичность. Северная рыба является источником фосфора, который оказывает благотворное влияние на нервную систему и улучшает работоспособность организма [13]. Употребление рыбы само по себе делало питание более разнообразным, а употребление в пищу именно свежемороженой рыбы способствовало максимальному сохранению полезных веществ.

Большое внимание в народной медицине Якутии уделялось профилактике болезней и укреплению организма, через рациональное питание, включающее большое разнообразие пищи, введение в нее в размеренных дозах лекарственных растений и целебных продуктов животного происхождения в течение всего года, употребление продуктов в сыром или замороженном виде.

На протяжении столетий коренное население Якутии училось выживать в суровых условиях Крайнего Севера, выработав определенные правила в питании. Это позволяло населению Якутии адаптироваться к экстремальным природно-климатическим условиям, и обеспечивало профилактику от целой группы заболеваний. Данную точку зрения подтверждает тот факт, что на сегодняшний день у детей коренного населения Республики Саха, находящихся на традиционном питании, лучше выражены адаптационные способности зрительного анализатора, ниже пораженность зубочелюстной системы кариесом, реже наблюдались желудочно-кишечные заболевания, чем у детей, которые находились на «европейском» типе питания [13].

Таким образом, народные целители Якутии на протяжении столетий сохраняли, накапливали и передавали из поколения в поколение медицинские знания и умения практического врачевания. Они использовали в своей практике лекарственные растения и продукты животного происхождения, занимались лечением ранений, хирургическими вмешательствами, родовспоможением, применяли физико-терапевтические средства лечения и психотерапевтические способы воздействия на больных. Пищевой рацион коренного населения Якутии не только обеспечивал всем необходимым человеческий организм, но и являлся одним из ключевых элементов профилактики. Созданный народами крайнего Севера на основе эмпирического опыта ежедневный уклад жизни был целесообразен и приспособлен к местным условиям жизни, позволяя максимально сохранять здоровье у местного населения. Наиболее действенные и эффективные способы лечения и поддержания здоровья закреплялись в народной памяти через традиции, обычаи и религиозные представления.

## Выводы

Народная медицина является одной из форм существования и развития медицинского знания, тщательно отобранного и многократно проверенного практикой врачевания на протяжении тысячелетий. Для народной медицины Якутии характерны те же основные черты, что и для народного врачевания в разных регионах мира [14, с. 133, 139]. Включая в себя элементы и эмпирического, и культового врачевания, она отражает многовековой опыт проживания народов Крайнего Севера в экстремальных условиях.

Народная медицина Якутии, как и весь образ жизни коренных народов Севера является примером бережного отношения к хрупкому миру северной природы и жизни в гармонии с ней.

## Источники и литература / Sources and references

1. Якутия // Википедия. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://ru.wikipedia.org/wiki/Якутия> (Дата обращения: 29.02.2021).
2. Костюрин В. О. Шаман в роли врача. «Сибирский вестник». № 102. 1 сентября 1895.–[Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.yakutskhistory.net> (Дата обращения: 29.02.2021).
3. Григорьева А. М. Народная медицина саха. 2012. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.litres.ru/aleksandra-grigoreva-15992921/narodnaya-medicina-saha/chitat-onlayn/> (Дата обращения: 29.02.2021).
4. Григорьева А. М. Народное врачевание в Якутии XVII – XX вв. Москва, 1996. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://school.e.nlrs.ru/online2/12901> (Дата обращения: 30.02.2021).
5. Неумывакин И. П. «Пилюли» от животного мира. Мифы и реальность.– [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://eda.wikireading.ru/h2MFEIcyZq> (Дата обращения: 29.02.2021).
6. Григорьева А. М. О народной медицине якутов. – Якутск, 1991. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://e.nlrs.ru/online2/12900> (Дата обращения: 19.02.2021).
7. Макаров А.А. Лекарственные растения Якутии. – Якутск: Якуткнигоиздат, 1970. – 180 с.
8. Григорьева А. М. Народная медицина якутов (XVII-XIX вв.) Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата исторических наук. – Москва, 1993. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://earthpapers.net/narodnaya-meditsina-yakutov-xvii-xix-vv> (Дата обращения: 19.02.2021).
9. Кершенгольц Б. М., Журавская А. Н., Шейн А. А., Шашурин М. Н., Филиппова Г. В., Хлебный Е. С. Биопрепараты из природного северного сырья как средства коррекции экологического неблагополучия // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – № 1(8). – 2010. – С. 2041-2046.

10. Шиманьский А. Пища якутов // Известия Восточно-Сибирского Отдела Императорского Русского Географического Общества. 1885.– [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.yakutskhistory.net/очерки-и-статьи/пища-якутов-а-шиманский/> (Дата обращения: 19.02.2021).
11. Сокольников П. Н., Попов А. И., Говоров И. С. Жилище, одежда и питание якутов. – Якутск, 1913. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.yakutskhistory.net/якуты/якуты-саха/жилище-одежда-и-пища-якутов/> (Дата обращения: 19.02.2021).
12. Оленина // Википедия. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://ru.wikipedia.org/wiki/Оленина> (Дата обращения: 19.02.2021).
13. Иванова Г. В., Сафронова Т. Н. Особенности питания коренного населения Арктической зоны Российской Федерации // Российская Арктика. 2018. №3. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://russian-arctic.info/info/articles/zdravookhranenie/osobennosti-pitaniya-korenного-naseleniya-arkticheskoy-zony-rossiyskoy-federatsii/> (Дата обращения: 19.02.2021).
14. Боровикова З. В., Тулуша А.-Х. Ш. Народная медицина в Тыве // История медицины в Сибири: материалы I Международной научно-практической конференции, посвященной 65-летию Кемеровского государственного медицинского университета. – Кемерово, 2020. – С. 133-139.

ВЬЮНЫШЕВА А. О.

**КУЛЬТУРА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И ПРОБЛЕМЫ  
ЕЁ ФОРМИРОВАНИЯ В МОЛОДЁЖНОЙ СРЕДЕ**

*Кафедра истории*

*Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово*

Научный руководитель – к.и.н., доцент А. В. Палин

VYUNUSHEVA A. O.

**HEALTHY LIFESTYLE CULTURE AND CHALLENGES  
ITS FORMATION IN THE YOUTH ENVIRONMENT**

*Department of history*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo*

Supervisor – Ph.D in History, Associate Professor A. V. Palin

*Аннотация:* Поднимается проблема формирования у молодёжи личностно-мотивационных установок к ведению здорового образа жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек.

*Ключевые слова:* здоровье, молодёжь, образ жизни, привычки, здоровое питание.

*Abstract:* The problem of the formation of personal and motivational attitudes in young people towards a healthy lifestyle, including healthy eating and rejection of bad habits, is raised.

*Keywords:* health, youth, lifestyle, habits, healthy eating.

В современном мире все большую популярность приобретает культ здорового образа жизни, причем коснулся он не только всех известных медийных личностей, но и населения в целом. Поддержание своего здоровья – это неоценимый вклад в будущее как отдельного человека, так и целой нации. Культура здорового образа жизни считается одним из основных компонентов общей культуры человека и является почти полным синонимом понятия «культура самосохранения». Здоровый образ жизни – это единственный стиль жизни, способный обеспечить восстановление, сохранение и улучшение здоровья населения. Поэтому формирование этого стиля жизни у граждан России – важнейшая социальная задача государственного масштаба. Эта проблема неоднократно поднималась президентом РФ В. В. Путиным. В одном из выступлений он отметил: «Мы ставим перед собой задачу решать массу проблем, но одна из главнейших – это здоровье нации. Если этого не будет, то не будет ничего другого, ничего не будет: ни экономики не будет, ни образования – ничего не будет» [5].

По данным Всероссийского центра изучения общественного мнения (ВЦИОМ) на октябрь 2020 г. для россиян национальная цель – «Сохранение населения, здоровье и благополучие людей» является приоритетной. Это отметили 92 % респондентов [3]. Тем самым в России проблема здорового образа жизни является одной из наиважнейших для современного общества.

Ситуация осложняется высокими показателями смертности и низкой рождаемости. Значительное влияние на демографическое состояние России отказывают вредные привычки и неправильный образ жизни. Как показывают многочисленные исследования, практически все дети подросткового возраста хорошо ознакомлены с правилами здорового образа жизни в теоретическом аспекте, но на практике сравнительно небольшое количество подростков их придерживаются. От того, какие приоритеты будут расставлены ребёнком в возрасте 12–18 лет, будет зависеть его будущее и будущее страны в целом. Согласно статистическим данным, молодёжь остается более подверженной негативному влиянию вредных привычек. В настоящее время в Российской Федерации курит 32,3% населения, из них 51,3% мужчин и 16,3% женщин [1]. При этом треть курящих 43,1% молодёжь в возрасте 16-29 лет. Обостряется вопрос пивного алкоголизма, наркомании. Всё это является результатом недостаточного информирования подрастающего поколения по данной проблеме.

Что молодёжь подразумевает под здоровым образом жизни?

Чаще всего под этим термином подразумевают лишь физическое здоровье. Однако в формировании здоровья играют роль ряд факторов: наследственность, наличие вредных привычек, особенности культуры питания, влияние экологии, психологический баланс, уровень здравоохранения и многие другие. Но, всё же, большее влияние на состояние организма оказывает образ жизни (примерно 50%). Следует понимать, насколько важно вести массовую популяризацию здорового образа жизни в школьной среде, формируя тем самым с ранних лет убеждения в

необходимости серьёзного отношения к своему здоровью как главной ценности, значимой основы человеческого счастья и благополучия.

Привычки тоже помогают формированию человека как личности: хорошие привычки стимулируют формирование индивидуальности, плохие же, наоборот, – тормозят его. К вредным привычкам, которые являются проблемными, относят курение, алкоголизм и наркоманию, причем все они способны вызывать скрытое развитие пороков, значительно отягощающих жизнь человека.

Культура правильного питания широко пропагандируется в СМИ, рекламных роликах, известными личностями. Для того чтобы питание отвечало требованиям здорового образа жизни, оно должно обеспечивать организм всеми необходимыми пищевыми элементами в необходимом количестве и нужном сочетании. Важно следить за балансом получаемой и расходуемой энергии для сбалансированной работы внутренних органов и обеспечения жизнедеятельности организма. Причем как избыточное, так и недостаточное питание негативно сказываются на здоровье. Избыточное питание влечет за собой различные по степени виды ожирения, которые сопровождаются заболеваниями сердечно-сосудистой системы, диабетом, нарушением метаболизма и др. Недостаточное питание приводит к истощению, резкой потере веса, ухудшению самочувствия, снижению иммунитета. Все это пагубно влияет на здоровье молодого поколения, снижает их физическую и психическую активность. Поэтому важно доносить до подростков информацию о правилах сбалансированного и рационального питания.

Еще один важный аспект проблемы. Это двигательная активность. С развитием научно-технического прогресса постоянный поток разноплановой информации, оказывающей влияние на мозговую активность, вытеснил необходимость в реализации физического потенциала мышц человека. Так как уменьшение эмоциональных нагрузок невозможно, а физические нагрузки постоянно сокращаются, то для поддержания здоровья необходима физическая культура. Человек самостоятельно должен приучить себя к выполнению хотя бы минимальных упражнений для поддержания мышечного тонуса. Какой лучший период для этого? Очевидно, подростковый возраст, когда для формирования правильного образа жизни нет объективных препятствий и проблем. Физическая культура оказывает важное воздействие на умение человека приспосабливаться к внезапным и сильным функциональным колебаниям. Мощный аппарат мускулатуры требует постоянной тренировки. Мышечные движения снимают эмоциональную перегрузку за счет постоянной передачи нервных импульсов к центральной нервной системе. Занятия физической культурой – лучшая мера профилактики употребления алкоголя, курения и наркомании.

По статистическим данным, подростки, активно занимающиеся спортом, более стрессоустойчивы, лучше справляются с беспокойством и гневом, уверены в себе, менее подвержены заболеваниям. Некоторые физиологи считают, что каждый час физической активности продлевает жизнь человека на два-три часа.

К сожалению, одной из самых распространенных проблем является курение. О чем мы уже упоминали выше. С ростом числа курящих людей растет и количество онкологических, сердечно-сосудистых, пульмонологических заболеваний. Никотин парализует клетки центральной нервной системы, повышает артериальное давление, ухудшает кровоснабжение, нарушает работу внутренних органов. Особенно пагубно курение действует на молодых людей. Для борьбы с курением необходимо проводить рекламные акции о вреде табачной продукции, создавать специальные клипы для подростковой аудитории, распространять информационные материалы (листовки, буклеты).

Популяризация здорового, активного образа жизни – это дело общегосударственной значимости, которое касается каждого из нас. Это отражает цели и задачи национальных проектов «Здравоохранение» и «Демография», в частности федерального проекта «Укрепление общественного здоровья» [2]. Отдельное внимание этому уделяется в субъектах Российской Федерации. К примеру, в Кузбассе действует региональная программа «Укрепление общественного здоровья населения Кемеровской области – Кузбасса на 2020 – 2024 годы»[4].

Таким образом, проблема формирования культуры здорового образа жизни у подростков крайне актуальна в наше время, потому что с каждым годом здоровье школьников России постепенно ухудшается. Как показывают современные исследования, индивидуальное здоровье человека на 49-53% зависит от его образа жизни. Следование правилам личной гигиены, правильного питания и здорового образа жизни, можно сохранить здоровье на долгие годы.

### **Источники и литература / Sources and references**

1. Информационный бюллетень по борьбе против табака – Российская Федерация// Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/340253/Fact-Sheet-Tobacco-Control-Russian-Federation-RU.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/340253/Fact-Sheet-Tobacco-Control-Russian-Federation-RU.pdf) (Дата обращения: 25.02. 2021).
2. Национальные проекты России. Официальный сайт. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://национальныепроекты.рф/projects> (Дата обращения: 01.03. 2021).
3. Национальные цели и «национальные проекты»// Всероссийский центр изучения общественного мнения (ВЦИОМ). – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/nacziionalnye-czeli-i-nacziionalnye-proekty> (Дата обращения: 04.03. 2021).
4. Постановление Правительства Кемеровской области – Кузбасса от 18 июня 2020 года N 353Об утверждении региональной программы «Укрепление общественного здоровья населения Кемеровской области – Кузбасса на 2020 – 2024 годы» // Электронный бюллетень Правительства Кемеровской области –

Кузбасса. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://bulleten-kuzbass.ru/bulletin/278299> (Дата обращения: 05.03. 2021).

5. Путин назвал здоровье нации важнейшей задачей государства // РИА Новости. 16 ноября 2018 г. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://ria.ru/20181116/1532964524.html> (Дата обращения: 03.03. 2021).

БОГДАНОВА Н. В., СОКОЛОВИЧ О. А.

**ВЛИЯНИЕ АДЕНОЗИНДИФОСФАТА И ДИАДЕНОЗИНТЕТРАФОСФАТА  
НА ФИБРИЛЛООБРАЗОВАНИЕ МОЛЕКУЛЫ ИНСУЛИНА**

*Международный Государственный Экологический Институт  
им. А. Д. Сахарова БГУ, Минск, Республика Беларусь*

BOGDANOVA N. V., SOKOLOVICH O. A.

**EFFECTS OF ADENOSINE DIPHOSPHATE AND DIADENOSINE  
TETRAPHOSPHATE ON INSULIN FIBRILLATION**

*International Sakharov Environmental Institute of BSU,  
Minsk, Republic of Belarus*

*Аннотация:* В экспериментах *in vitro* выявлено, что диаденозинтетрафосфат снижает процесс фибриллообразования, в следствии чего сохраняется большее количество функционально-активных молекул инсулина.

*Ключевые слова:* фибриллообразование, инсулин, агрегация, аденозин дифосфат, диаденозинтетрафосфат.

*Abstract:* *In vitro* experiments revealed that diadenosinetetraphosphate reduces the process of fibrillation, as a result of which a greater number of functionally active insulin molecules are retained.

*Keywords:* fibrillation, insulin, aggregation, adenosine diphosphate, diadenosinetetraphosphate.

В процессе фолдинга белки приобретают уникальную пространственную структуру, определяющую их биологическую активность. Однако под воздействием различных внешних условий при образовании пространственной структуры в многоэтапном процессе биосинтеза белка в клетке могут возникать развернутые или неправильно свернутые, ненативные формы белков, склонные к агрегации. Кроме того, агрегацию можно наблюдать при различных стрессовых условиях, в результате мутаций, посттрансляционных модификаций, окислительных процессов, изменений окружающей среды (рН, температуры, УФ-облучения) [1]. Белки теряют свою нативную структуру, что приводит к самоассоциации и формированию различных надмолекулярных структур: растворимых олигомеров, аморфных агрегатов и фибрилл [2]. Особенно это стало актуально, когда выяснилось, что неправильная укладка некоторых белков может стать причиной патологических агрегаций и приводить к развитию многих

нейродегенеративных заболеваний, таких как болезни Альцгеймера и Паркинсона, диабета второго типа, Бокового Амиотрофического склероза (БАС) и др. [3, 4].

В связи с тем, что в мире с каждым годом растет проблема сахарного диабета и за последние 35 лет количество больных возросло до 422 миллионов, мы считаем актуальным исследовать молекулярные механизмы образования фибриллярных молекул инсулина.

Инсулин обладает большой склонностью к агрегации и формированию фибрилл. Процесс формирования фибриллярных молекул инсулина является нежелательным явлением при использовании инсулина в терапии. Инсулин, который используют для инъекций способен при различных внешних воздействиях формировать фибриллы. Агрегация инсулина в нерастворимые фибриллы может приводить к осложнениям у пациентов с диабетом, таким как снижение терапевтического эффекта инсулина. Образование фибрилл может влиять на гликемический контроль и снижает эффективность лечения [5].

**Цель исследования** – исследовать эффективность влияния динуклеотидов на процессы фибриллообразования молекул инсулина.

### **Материалы и методы исследования**

Объектом исследования является субстанция инсулина. Субстанция инсулина – это инсулин без примесей связывающих и противомикробных веществ.

### **Образование фибрилл из инсулина**

Фибриллы из инсулина были получены путем его инкубирования в течении суток при температуре 50°C. Инсулин взят в количестве 1мг на 1мл раствора Tris (трис) буфера pH=7.4 (для 50°C).

*Исследование фибриллообразования молекул инсулина.* Для контроля за процессом образования амилоидных фибрилл из инсулина был также использован ThТ Бензотиазолиновый зонд. ThТ широко используется в гистологическом анализе амилоидов *ex vivo/in vitro*. Этот зонд используется для определения поперечных сшивок β-слоя во время агрегации амилоидных фибрилл. При связывании ThТ с фибриллой интенсивность флуоресценции может возрасти в 1000 раз. Измерение проводилось с помощью спектрофлуориметра СМ2203 (ЗАО «СОЛАР», Беларусь). Для измерения брали 10 мкл пробы, 1 мл Tris, 1 мл дистиллированной воды и 10 мкл зонда. В качестве вещества, замедляющего образование фибрилл, использовали аденозин дифосфат 10мкл,  $10^{-3}$ М и диаденозинтетрафосфат 10мкл,  $10^{-3}$ М.

### **Результаты и их обсуждение**

Поскольку инсулин является гормоном, белковой природы, в клетках он находится в гексомерной форме, инсулин был помещен в стрессовые для

молекулы условия: температура 50°C, механическое воздействие. Вследствие этого, молекулы инсулина утрачивают нативную структуру, переходя в амилоидную форму. [7].

В ходе проведенных экспериментов было получено, что интенсивность флуоресценции, в пробе с инсулином, составляет  $1,738 \pm 0,013$  относительных единиц (отн. ед.), после инкубирования в течение 24 часов и при температуре 50°C.

Известно, что в процессе фибриллообразования спиральные части молекул инсулина преобразуются в  $\beta$ -складчатые структуры. Можно полагать, что адениловые нуклеотиды будут способны к аллостерическим взаимодействиям с молекулой инсулина и затруднять доступность  $\alpha$ -спиралей к преобразованию в  $\beta$ -складчатые структуры.

Для Ар4А, как для алармона, доказана возможность встраивания в гидрофобные полости белков с целью придания им структурно-функциональной устойчивости в условиях окислительного стресса, действия тяжелых металлов и повышенных температур [4].

На представленном рисунке 1 приведены данные сравнительного анализа максимальных величин флуоресценции тиофлавина Т, обусловленных формированием максимального количества фибриллярных структур в контроле (1 мг инсулина/мл среды) и при введении 10 мкл  $10^{-3}$ М Ар4А.

Интенсивность флуоресценции в контроле и при добавлении динуклеотида составляет  $1,738 \pm 0,013$  отн.ед. и  $0,861 \pm 0,010$  отн.ед. соответственно, после инкубирования в течение 24 часов и при температуре 50°C.

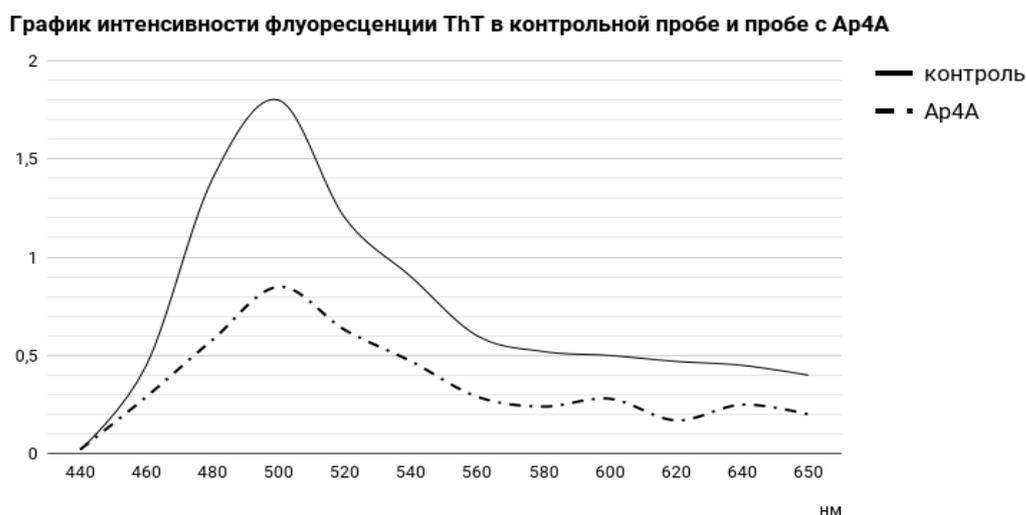


Рисунок 1 – Спектр флуоресценции ThT в инсулине с добавлением Ар4А

Ар4А может взаимодействовать как цельной молекулой, так и распадаться на АТФ и АМФ или на два АДФ. Следующим этапом

исследований было изучение влияния АДФ на процессы фибриллообразования молекул инсулина.

Интенсивность флуоресценции в контроле и при добавлении АДФ ( $C=10^{-3}M$  /  $V=10\text{мкл}$ ) составляет  $1,738\pm 0,013$  отн.ед. и  $1,397\pm 0,013$  отн.ед соответственно, после инкубирования в течении 24 часов при температуре  $50^{\circ}\text{C}$ . Несмотря на то, что основными структурами молекул нуклеотидов, взаимодействующими с гидрофобными частями белков, являются сахара и адениновое кольцо, уменьшение количества фосфатов каким-то образом ведет к снижению влияния на процесс фибриллообразования, что следует из рисунка 2.

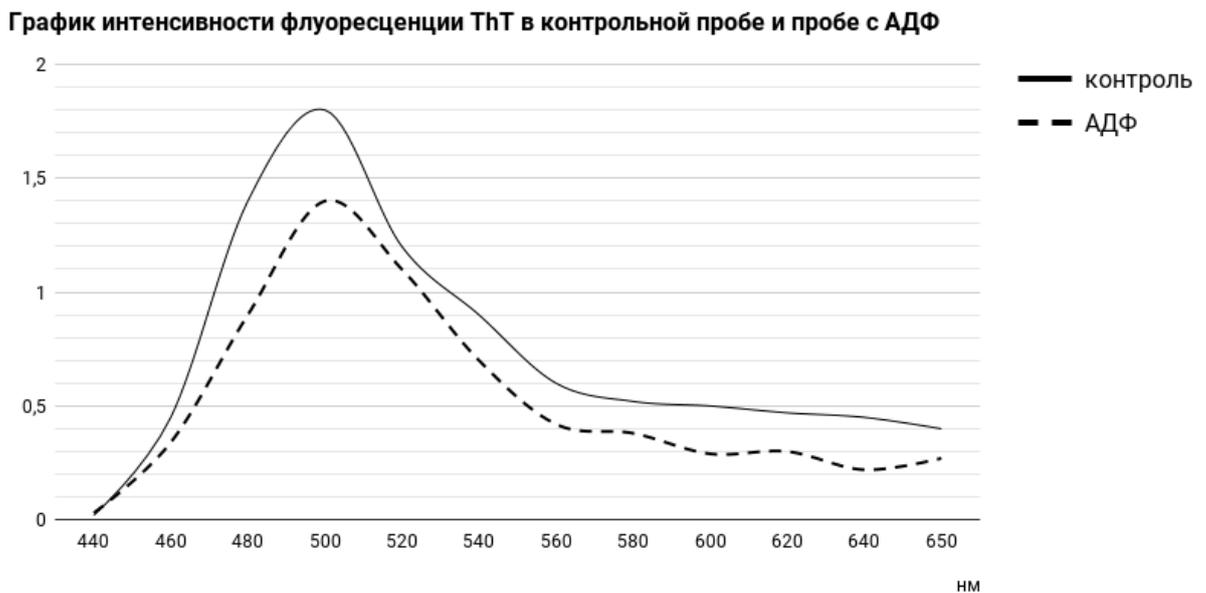


Рисунок 2 – Спектр флуоресценции ThT в инсулине с добавлением АДФ

### Выводы

В ходе проведенного эксперимента было показано, что адениновые нуклеотиды оказывают влияние на фибриллообразование в разной степени, из полученных данных видно, что:

1.  $\text{Ar}_4\text{A}$  в концентрации  $10^{-3}M$  вызывал снижение интенсивности флуоресценции по сравнению с контролем в 2,02 раза;
2. АДФ в концентрации  $10^{-3}M$ , вызвал снижение интенсивности флуоресценции в 1,24 раза, по сравнению с контролем.

Снижение интенсивности флуоресценции говорит о том, что количество образовавшихся фибрилл уменьшилось. Это значит, что процесс фибриллообразования был снижен; сохранилось большее количество функционально-активных молекул инсулина.

Исследования в этой области направлены на решение проблем сохранения структурно-функциональных свойств лекарственных форм инсулина при механических, температурных воздействиях и в условиях продолжительного хранения.

## Источники и литература / Sources and references

1. Uversky V. N., Fink A. L. Conformational constraints for amyloid fibrillation: the importance of being unfolded // Biochim Biophys Acta. 2004. – V. 1698. – P. 131-135.
2. Dobson C. M. Principles of protein folding, misfolding and aggregation // Semin Cell Dev Biol. 2004. – V. 15. – P. 3-16.
3. Doi H., Koyano S., Suzuki Y., Nukina N., Kuroiwa Y. The RNA-binding protein FUS/TLS is a common aggregate-interacting protein in polyglutamine diseases // Neuroscience research. 2010. V. 66– P. 131–133.
4. Helen M., Berman Lynn F., Ten Eyck, David S., Goodsell, Nina M. Haste, Alexandr Kornev, and Susan S. Taylor. The cAMP binding domain: An ancient signaling module.// PNAS , January 4, 2005 vol. 102 no. 1 45–50
5. Berhanu W. M. Controlling the aggregation and rate of release in order to improve insulin formulation: molecular dynamics study of full-length insulin amyloid oligomer models // J. Mol. Model. – 2012. – P. 1129–1142.
6. Довидченко Н. В., Леонова Е. И., Галзитская О. В. Механизмы образования амилоидных фибрилл// Успехи биологической химии. 2014. т. 54. – С. 203–230.
7. Brange, J. Toward understanding insulin fibrillation/ J.Brangle, L. Andersen, E. D. Laursen, G. Meyn, E. J. Rasmussen // Pharm. Sci. – 1997. – P. 517–525.

КАЗАКОВ Р. В., СИРОТИНА К. А., ШАХАБ С. Н.

### **ФИЗИЧЕСКАЯ СОРБЦИЯ МЕЖДУ МОЛЕКУЛОЙ КВЕРЦЕТИНА И НАНОТРУБКОЙ Al-N (11, 11-9)**

*Кафедра экологической химии и биохимии  
МГЭИ им. А. Д. Сахарова БГУ, г. Минск, Республика Беларусь*

KAZAKOV R.V, SIROTSINA K.A., SHAHAB S. N.

### **PHYSICAL SORPTION BETWEEN QUERCETIN AND NANOTUBE Al-N (11, 11-9)**

*Department of Environmental Chemistry and Biochemistry  
ISEI BSU, Minsk, Republic of Belarus*

**Аннотация:** В данной работе рассмотрен альтернативный вариант проникновения кверцетина, одного из представителей группы флавоноидов, в клетку при помощи нанотрубки Al-N(11,11-9).

**Ключевые слова:** нанотрубка Al-N(11,11-9), квантово-химическое моделирование, кверцетин.

**Abstract:** In this work an alternative version of the penetration of Quercetin one of the representatives of the flavonoid group into the cell using a nanotube Al-N (11, 11-9) is considered.

**Keywords:** nanotube Al-N (11,11-9), quantum chemical modelling, Quercetin.

**Цель исследования:** определить антиоксидантные свойства кверцетина и устойчивость комплекса «кверцетин + нанотрубка Al-N (11,11-9)», используя методы квантовой механики.

### Материалы и методы исследования

Кверцетин (см. Рисунок 1) способен улавливать активные формы кислорода, а его антиоксидантный потенциал объясняется этой активностью улавливания свободных радикалов [1]. В ходе исследований *in vitro* антиоксидантное поведение делает кверцетин способным ингибировать образование катаракты, вызванное окислительным стрессом в хрусталике глаза крысы, культивируемой в среде перекиси водорода [2].

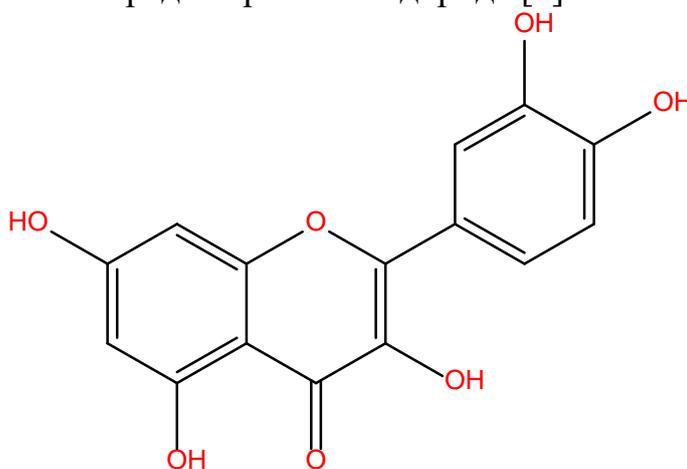


Рисунок 1. Структурная формула кверцетина

Недавно в исследовании *in vivo* было сообщено, что окислительное повреждение, вызванное промышленным соединением  $CCl_4$ , может быть эффективно уменьшено с использованием метанольного экстракта *Heterotheca inuloides*, содержащего кверцетин [3]. Более того, сообщалось, что кверцетин проявляет *in vivo* ингибирующий эффект против индуцированного трет-бутилгидропероксидом перекисного окисления липидов в сперматозоидах человека [4]. В другом исследовании кверцетин в дозе 25-50 мг/кг показал антиоксидантное поведение в отношении окислительного стресса, вызванного индуцированным стрептозотоцином сахарным диабетом у крыс [5].

Кроме того, сообщалось, что комплексы кверцетин-кадмий имеют более высокое значение константы стабильности (Kf), поэтому кверцетин предлагается использовать в качестве хелатирующего агента при лечении хелатирующей терапией для удаления токсичных ионов металлов [6].

В ходе работы использовались следующие пакеты для проведения квантово-химических расчетов: Chem Office 2016, Nanotubemodeller, Hyper Chem08 и Gaussian 09W.

При помощи HyperChem 08 и Gaussian 09W удалось рассчитать следующие характеристики: энергию (E) нанотрубки (E(N)), кверцетина (E(Q)), комплекса «нанотрубка + кверцетин» (E(Q+N)); антиоксидантные свойства (AC) молекулы кверцетина (E(HOMO)- E(LUMO)) [7, 8].



Рисунок 2. Образование комплекса между кверцетином и нанотрубкой Al-N(11,11-9)

### Результаты и их обсуждение

При проведении квантово-химических расчетов комплекс кверцетин + нанотрубка Al-N(11,11-9) оказался более устойчивым, чем нанотрубка и молекула в отдельности.

Полученное значение биологической активности вещества (AC) составило 0.34913, что указывает на высокий потенциал данного соединения при его взаимодействии с активными формами кислорода.

Таблица 1. Рассчитанные значения энергии

E(HOMO), eV	E(LUMO), eV	AC	E(Q) Kcal/mol	E(N) Kcal/mol	E(Q+N) Kcal/mol
-0.3825	-0.02063	0.34913	159.26	615.53	611.55

### Выводы

Молекула кверцетина образует устойчивый комплекс с нанотрубкой Al-N(11,11-9) со значением полной энергии системы 611.55 Kcal/mol.

Установлено, что нанотрубка Al-N(11,11-9) может служить трансфером для доставки кверцетина в клетки.

### Источники и литература / Sources and references

1. Shahab S. Adsorption Properties of the Molecule Resveratrol on CNT(8,0-10) Nanotube: Geometry Optimization, Molecular Structure, Spectroscopic (NMR, UV/Vis, Excited State), FMO, MEP and HOMO-LUMO Investigations / M. Sheikhi, S. Shahab, M. Khaleghian, F.H. Haji kolahi, I. Balakhanava, R. Alnajjar // Journal of Molecular Structure – 2018.
2. Shahab S. Interaction between new synthesized derivative of (E,E)-azomethines and BN(6,6-7) nanotube for medical applications: Geometry optimization, molecular structure, spectroscopic (NMR, UV/Vis, excited state), FMO, MEP and HOMO-LUMO investigations / M. Sheikhi, S. Shahab, M. Khaleghiane, F.H. Hajikolaef // Journal of Molecular Structure –2017. –Vol. 1146. – P. 880-886
3. Quantum chemical modeling, synthesis, FT-IR, <sup>1</sup>H NMR, <sup>13</sup>C NMR and UV/Vis of new azomethine derivatives / Huo Erfu, S. Shahab, M. Sheikhi, R. Alnajjar, Lu Peng // Journal of Molecular Structure. – 2020. – Vol. 1221. – P. 1201-1215
4. Investigation of encapsulation of Talzenna drug into carbon and boron-nitride nanotubes [CNT (8,8-7) and BNNT (8,8-7)]: a DFT study / F. Azarakhshi, M. Sheikhi, S. Shahab, M. Khaleghian, K. Sirotsina, H. Yurlevich, D. Novik // Chemical Papers. 2020. – Vol. 6. – P. 1-12 doi.org/10.1007/s11696-020-01407-8
5. DFT investigation of atazanavir as potential inhibitor for 2019-nCoV coronavirus M protease / S. Shahab, M. Sheikhi, R. Alnajjar, Sultan Al Saud, M. Khancheuski, A. Strogova // Journal of Molecular Structure. – 2020. – Vol. 47. – P. 1349-1356 doi.org/10.1016/j.molstruc.2020.129461
6. Theoretical Study of Adsorption Behavior of Vemurafenib Drug over BNNT (5, 5-9) as a Factor of Drug Delivery: a DFT Study / M. Sheikhi, S. Shahab, A. A. Hora, K. Mehrnoosh, K. Rakesh, A. Strogova // Chinese journal of structural chemistry. – 2020. – Vol. 39. № 8. – P. 1422-1436 10.14102/j.cnki.0254-5861.2011-2473.
7. Theoretical investigation of adsorption effects Ciclopirox drug over CNT(6, 6-6) nanotube as factor of drug delivery: a DFT study / S. Shahab, M. Sheikhi, R. Alnajjar, N. SM Kawafi, S. Kaviani, A. Strogova // Adsorption. 2020. – Vol. 26. – P. 913–924 doi.org/10.1007/s10450-019-00182-7.

НАЧЕВА Л. В.<sup>1</sup>, СТЕПАНОВА М. Г.<sup>2</sup>, АКБАЕВ Р. М.<sup>3</sup>

**ЭВОЛЮЦИОННАЯ БИОЛОГИЯ ДЛЯ XXI ВЕКА  
(в порядке обсуждения проблемы)**

<sup>1</sup>*Кафедра биологии с основами генетики и паразитологии  
Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово*

<sup>2</sup>*Кафедра медицинской биологии Донецкого национального медицинского  
университета, г. Донецк*

<sup>3</sup>*Кафедра паразитологии и ветеринарно-санитарной экспертизы  
Московской государственной академии ветеринарной медицины и  
биотехнологии, г. Москва*

NATCHEVA L. V.<sup>1</sup>, D. B. N., STEPANOVA M. G.<sup>2</sup>, AKBAEV R. M.<sup>3</sup>

**EVOLUTIONARY BIOLOGY FOR THE XXI CENTURY  
(in order to discuss the problem)**

<sup>1</sup>*Department of Biology with the basics of Genetics and Parasitology  
Kemerovo Medical State University, Kemerovo*

<sup>2</sup>*The Department of Medical Biology of the Donetsk National Medical University  
named after M. Gorky, Donetsk*

<sup>3</sup>*Department of Parasitology and Veterinary and Sanitary Expertise  
Moscow State Academy of Veterinary Medicine, Moscow*

**Аннотация:** В статье обсуждается история эволюционной биологии и ее главные достижения для XXI века. Технический прогресс совершил глобальный прорыв, открыв новые возможности для эволюционной биологии и медицины: лазерные технологии, роботизация, наночастицы, установление вида по ДНК археологического материала. Новые геномные технологии позволяют установить эволюционирование РНК вирусов и бактерий, именно эти знания способствуют быстрому получению вакцины.

**Ключевые слова:** Эволюционная биология, эволюционная медицина, молекулярная биология, происхождение инвазивных видов.

**Abstract:** The article discusses the history of evolutionary biology and its main achievements for the XXI century. Technological progress has made a global breakthrough, opening up new opportunities for evolutionary biology and medicine: laser technologies, robotics, nanoparticles, and the identification of species from the DNA of archaeological material. New genomic technologies allow us to determine the evolution of RNA viruses and bacteria, it is this knowledge that contributes to the rapid production of a vaccine.

*Keywords: Evolutionary biology, evolutionary medicine, molecular biology, origin of invasive species.*

## **Введение**

За двадцать лет XXI века, в течение которых нам открылись новые возможности, благодаря научно-техническому прогрессу, совершившему несколько глобальных прорывов. Наиболее важными из них являются: мобильная связь – телефоны и интернет, электрические автомобили и беспилотные машины, искусственные органы и протезирование, искусственный интеллект и др. Человек стал вырабатывать гигантские объемы информации, и движется в направлении усовершенствования работы с инфопотоком. Применение лазерной технологии в медицине, получение наночастиц и роботизация жизни вокруг человека, делают его жизнь с одной стороны комфортнее, а с другой выхолащиваются знания, меняется работа мозга, и мы не знаем к чему это приведет в процессе его филогенеза человека и других живых организмов.

Время, в котором мы сейчас живем, сродни фантастике для биологии. Меняется всё вокруг быстрыми темпами. Технический прогресс сделал сбор информации более коротким и экономичным путем, чем мы могли себе представить всего 10 лет назад. Теперь возможно синтезировать и анализировать большие массивы данных, содержащие геномы, транскриптомы, протеомы и многомерные фенотипы. Но удивляет то, что потребность общества в результатах биологических исследований никогда не была так велика, как сегодня. Наконец-то пришло понимание того, что решение многих наиболее насущных проблем мира, таких как: сохранение экосистем и биоразнообразия; борьба с изменением климата; обеспечение питания населения планеты; лечение и профилактика паразитарных, инфекционных и генетически обусловленных заболеваний; будут в значительной степени зависеть от биологов, изучающих каждую из проблем с разных дисциплинарных позиций в историческом контексте, то есть выстраивающих эволюцию каждого биологического явления у каждого конкретного вида.

## **Результаты и обсуждение**

Один из основателей синтетической теории эволюции в 1973 г. в журнале «Американский учитель биологии» Феодосий Добжанский впервые смело провозгласил, что «Ничто в биологии не имеет смысла, если не рассмотрено в свете эволюции». Последние достижения во многих областях биологии показали, что оно было пророческим. Так, например, геномика, которая возникла в основном из молекулярной биологии, в настоящее время пропитана эволюционной биологией. Теория эволюции помогает объяснить происхождение живых организмов, объяснить нашу историю и функциональную взаимосвязь организмов с другими формами жизни, что имеет решающее значение для понимания нашего будущего [1]. Эволюционные подходы помогли

реконструировать историю человеческой культуры, в том числе, например, историю человеческих популяций и языков [2]. Расширяются границы влияния эволюционной биологии и распространяются всё дальше и глубже в биомедицинские и ветеринарные исследования, и неббиологические области, такие как инженерия, компьютерные науки и даже система уголовного правосудия.

Тотальная актуальность эволюции отражена в отчете 2009 г. по заказу Национального исследовательского совета Национальной академии, новой биологии для XXI века [3], в которой выделено четыре основные проблемы биологии. К этим проблемам относятся: получение высокой урожайности сельскохозяйственных растений, чтобы накормить население планеты; поддержание экосистемных функций и биоразнообразия в меняющемся мире; расширение устойчивых альтернативных источников энергии; раскрыть характер индивидуального здоровья. В докладе отмечалось, что в каждой из этих проблем, эволюционные концепции и анализы играли, и будут продолжать играть важную роль.

Сложно переоценить способность эволюционной биологии объяснить живой мир и наше место в нём. Многие приложения эволюционной теории и методов, начиная от разведения животных и растений до разработки вакцин и управления биологическими резерватами и исчезающими видами, влияют на общество и способствуют благосостоянию человека [4, 5]. Большая часть человеческой деятельности, однако, изменяет климат и среду обитания Земли, с неопределенными, но потенциально серьезными экологическими нагрузками на многие другие виды и решение возникающих в результате этого проблем вполне может потребовать понимания эволюционных взаимодействий между видами и их взаимной зависимости. Эволюционная биология создает базу для других наук, объединяя их в единое целое для решения глобальных задач, включая и медицину, то есть проблемы, с которыми сталкивается она сегодня. Возникает новая область медицины – это «эволюционная медицина», которая дает возможность понять эволюционные процессы заболеваний. Например, диабет и аутоиммунные заболевания, такие как астма, могут представлять собой несоответствие между эволюционной адаптацией к окружающей среде, в которой эволюционировали люди, и текущими условиями [10, 11]. Кроме того, некоторые возрастные состояния, такие как рак, могут быть поняты как результат отбора для раннего размножения, когда люди сталкиваются со смертью от болезни или хищничества в раннем возрасте. Этот долгосрочный отбор на клеточном механизме для оптимизации роста и выживания через раннюю репродукцию теперь может объяснить распространенность рака в конце жизни, современного недуга, который возникает из-за недавнего, быстрого продления пострепродуктивной продолжительности жизни. Кроме объяснения возникновения заболеваний, область эволюционной медицины также занимается разработкой стратегий замедления эволюции резистентности в популяциях патогенов возбудителей болезней [12]. Параллельно с этим приобретает опыт

борьбы с ними стратегий улучшения общественного здоровья и снижения частоты распространенных заболеваний, предсказание заболеваний, которые могут возникнуть в результате недавних сдвигов хозяина к человеку [15]. Например, открытие, разработка и усовершенствование лекарств и вакцин; и понимание роли микробиома в здоровье человека [16].

Для поддержания биологического разнообразия необходимы эволюционные подходы, которые часто применяются к сохранению видов и экосистем [13]. Увязывание пространственных данных о фенотипах, геномах и окружающей среде в филогенетическом контексте позволяет нам идентифицировать и называть разнообразные формы жизни Земли. Эта связь, в свою очередь, помогает обеспечить базовые единицы, необходимые для количественной оценки таксономического разнообразия и обеспечения его сохранения. Определение филогенетических связей между видами позволяет выявить их уникальные адаптации и дает исторический контекст для понимания того, как они возникли. Эволюционные подходы также могут быть использованы для определения происхождения инвазивных видов [47]. В совокупности понимание распределения нынешнего биоразнообразия и его эволюционной реакции на прошлые изменения окружающей среды имеет основополагающее значение для смягчения последствий продолжающейся утраты среды обитания и изменения климата [18]. Учитывая скорость антропогенного изменения климата, эволюционная теория и эксперименты могут помочь предсказать уязвимость (то есть неспособность адаптироваться) видов и тем самым улучшить стратегии сохранения [6-9].

Информационные потоки научных данных во всех областях эволюционной биологии ставят важные теоретические проблемы: иногда требуются новые виды теории, чтобы осмыслить новые виды данных. Мы уже можем указать на некоторые широкие области эволюционной биологии, которые, вероятно, потребуют постоянной теоретической работы [14]. Они включают разработку более формальных теорий для эволюционной биологии развития (например, анализ эволюции и модификации геномной сети); более полное включение ролей эпигенетики, поведения и пластичности в модели эволюции признаков; анализ единиц отбора; а также попытки построить количественную и прогностическую теорию, описывающую генетические основы адаптации. В других областях проблемы, скорее всего, будут скорее статистическими, чем теоретическими. Действительно, огромное количество геномных данных создает серьезные статистические проблемы даже для тех областей, которые уже имеют сильные теоретические основы, такие как эволюционная генетика [19, 23].

Секвенирование ДНК теперь может генерировать данные всего генома не только для отдельных представителей нескольких видов, но и для нескольких особей из нескольких конспецифических популяций и даже из целых сообществ. Такие многоуровневые данные порождают совершенно новые области

исследований – популяционную геномику и метагеномику, а также новые теоретические, вычислительные и управленческие задачи [24].

Одним из особенно захватывающих направлений исследований, предоставляемых новой геномной технологией, является возможность непосредственного наблюдения за динамикой эволюции. В последние несколько лет геномный анализ экспериментальной эволюции дал новое понимание того, как эволюционируют молекулы РНК, вирусы и бактерии [24]. Именно эти знания способствуют быстрому созданию вакцины, например, получение вакцины «Спутник V» на базе аденовирусов.

Стало возможным прошлую эволюцию, например, вывести из образцов, полученных из древних образцов, архивных материалов в музейных коллекциях, озерных отложений и ледниковых кернов. Эволюция в современных масштабах времени, вероятно, будет особенно важна в контексте эволюционирующих патогенов, устойчивости к вредителям и реакции организмов на быстрые изменения окружающей среды [18, 22].

В то время как взрыв данных о последовательностях генома получил наибольшее внимание, дополнение этих данных информацией о естественной истории людей, видов и окружающей их среды будет иметь важное значение. Точная информация о месте, времени и стадии размножения может быть интегрирована с данными о местных условиях окружающей среды, часто получаемыми с помощью дистанционного зондирования. Ключ заключается в том, чтобы соединить информацию между хранилищами, такими как музеи естественной истории и геномные базы данных.

На сегодняшний день в большинстве исследований экосистем предполагается, что все люди, составляющие популяцию внутри сообщества, экологически эквивалентны. Но особи в популяции изменчивы, и это изменение может привести к экологическим взаимодействиям, которые находятся в постоянном состоянии эволюционного потока, как экологически обусловленные обратные связи эволюционных изменений, которые изменяют текущие экологические взаимодействия [20]. Эволюционный взгляд на сообщества является новой областью, которая потребует сбора и анализа больших временных выборок геномных и фенотипических данных, а также прямого измерения приспособленности. Образцы, включающие палео-историческую ДНК, а также современную ДНК, могут быть особенно ценными, поскольку дают временное представление о таких вопросах.

Инфраструктурные задачи сосредоточены на создании новых типов баз таких, которые фокусируются на (непрерывных) фенотипических, а не просто (дискретных) данных последовательности ДНК, а также на интеграции между базами данных, позволяющей синтезировать очень разные виды данных. Культурные вызовы сосредоточены на необходимости поддержания климата научной открытости, сохранение которой потребует от эволюционных биологов быстрого и наиболее полезного для своих коллег доступа к результатам их

исследований. Научное сообщество уже добилось больших успехов в этом направлении (например, потребовав представления данных в качестве условия для публикации и учредив журналы открытого доступа), однако необходимы дополнительные шаги. Следует решительно поддерживать движение к открытому доступу к научной литературе, чтобы ускорить исследования и позволить большему количеству исследователей участвовать. Когда одни ученые делятся своими наработками в области открытия последовательности ДНК белка коронавируса, а другие на этой базе создают вакцину против COVID-19, способная спасти население планеты, то именно эволюционные открытия биологии сокращают свой путь истории. Эти индивидуальные и общественные усилия будут все более необходимы для разработки новых исследовательских программ и идей.

Мы живем в самое интересное время для эволюционной биологии, которая не только выжила, но и подготовила к XXI веку огромнейшие знания, обеспечив многие науки своими идеями и доказательствами. Она претерпела «омическую» революцию, и ответы на многие классические вопросы, которые мотивировали исследования на протяжении столетней истории, теперь находятся в пределах досягаемости. Изучение эволюции, которое в прошлом часто отождествлялось с изменениями частоты генов в популяциях, стало более целостным и интегративным [22].

Реализация всего потенциала, заложенного в эволюционной биологии, далеко не гарантирована. Задача интеграции эволюционных знаний в масштабах биологической организации и между ними, требует разработки многочисленных сравнительных баз данных и аналитических инструментов. Сегодня стоит задача расширять рамки научного сотрудничества, объединяя науку и практику, историю, накапливая новые знания, и остерегаться неожиданностей, поскольку анализ новых видов данных может показать, что предубеждения необоснованны.

Поскольку большая часть нашей науки поддерживается ограниченными государственными средствами, эволюционные биологи и экологи должны поддерживать и участвовать в усилиях, направленных на то, чтобы помочь общественности понять проблемы и ценность научного понимания. Наука вообще и эволюционная наука, в частности, часто политизируются именно из-за их фундаментальной важности для человеческого общества. Возможно, что последующие 20-30 лет станут золотым периодом для эволюционной биологии. Никто не знает реализуется ли это предположение, отчасти зависимое от того, насколько эффективно будут объединены наши научные усилия и сохраним ли историю эволюционной биологии для будущего науки.

### **Источники и литература / Sources and references**

1. Mindell D. P. The Evolving World: Evolution in Everyday Life. – Cambridge, MA: Harvard University Press, 2006.

2. Levinson S. C., Gray R. D. Tools from evolutionary biology shed new light on the diversification of languages. – *Trends Cogn Sci*, 2012. 16: 167–173.
3. National Research Council (US) Committee on a New Biology for the 21st Century: Ensuring the United States Leads the Coming Biology Revolution (2009). A new biology for the 21st century: ensuring the United States leads the coming biology revolution. Washington, DC: National Academies Press. Available: [https://download.nap.edu/catalog.php?record\\_id=12764](https://download.nap.edu/catalog.php?record_id=12764). Accessed May 25, 2012.
4. Bull J., Wichman H. A. Applied evolution. *Annu Rev Ecol Sys*, 2001. 32: 183-217.
5. Faith D. P., Magallón S., Hendry A. P., Conti E., Yahara T., et al. Ecosystem services: an evolutionary perspective on the links between biodiversity and human well-being. *Curr Opin Environment*. – 2010. 2: 1-9.
6. Etterson J. R., Shaw R. G. Limiting adaptive evolution in response to global warming. *Science*, 2001. 294: 151-154.
7. Parmesan C., Yohe G. The global coherent footprint of the impact of climate change on natural systems. – *Nature*, 2003. 421: 37-42.
8. Bradshaw W., Holzapfel C. Climate change. Evolutionary response to rapid climate change. – *Science*, 2006. 312: 1477-1478.
9. Barnosky A. D., Hadly E. A., Bascompte J., Berlow E., Brown J. H. et al. Approximation of the state shift in the Earth's biosphere. – *Nature*, 2012. 486: 52-58.
10. Nesse R. M., Stearns S. C. The great opportunity: evolutionary applications to medicine and public health. – *Evol Appl*, 2008. 1: 28–48.
11. Gluckman P., Beedle A., Hanson M. Principles of evolutionary medicine. – Oxford; New York: Oxford University Press, 2009.
12. Neher R. A., Leitner T. Speed of recombination and the power of selection in the evolution of HIV within the patient. – *PLoS Comput Biol.*, 2010. 6: e1000660 .
13. Davies J., Davies D. Origin and evolution of antibiotic resistance. – *Microbiol Mol Biol Rev*, 2010. 74: 417-433.
14. Hendry A. P., Kinnison M. T., Heino M., Day T., Smith T. B. et al. Evolutionary principles and their practical application. – *Evol Appl*, 2011. 4: 159-183.
15. Rambaut A., Pybus O. G., Nelson M. I., Viboud C., Taubenberger J. K. и др. Genomic and epidemiological dynamics of the human influenza A virus. – *Nature*, 2008. 453: 615-619.
16. Costello E. K., Stagaman K., Dethlefsen L., B-Bohannan. M., Reman D. A. Application of ecological theory to understanding the human microbiome. – *Science*, 2012. 336: 1255-1262.
17. Estoup A., Guillemaud T. Reconstruction of routes of invasion using genetic data: why, how and so what? – *Mol Ecol*, 2010. 19: 4113-4130.
18. Hoffmann A. A., Sgro C. M. Climate change and evolutionary adaptation. – *Nature*, 2011. 470: 479-485.
19. Paterson S., Vogwill T., Buckling A., Benmayor R., Spiers A. J. et al. Antagonistic coevolution accelerates molecular evolution. – *Nature*, 2010. 464: 275-278.

20. Tenaillon O., Rodriguez-Verdugo A., Gaut R. L., Mc Donald P., Bennett A. F. et al. Molecular diversity of adaptive convergence. – Science, 2012. 335: 457-461.
21. Altshuler D., Lander E., Ambrogio L., Bloom T. Map of human genome variation from population scale sequencing. – Nature, 2010467: 1061-1073.
22. Poole A. M., Stouffer D. B., Tylanakis J. M. Ecosystem: ecology with a sequencer. – Trends Ecol Evol., 2012. 27: 309-310.
23. Xu J. Microbial ecology in the age of genomics and metagenomics: concepts, tools, and recent advances. – Mol. Ecol, 2006. 15: 1713-1731.

СЕЛЕДЦОВ А. М., КИРИНА Ю. Ю., АКИМЕНКО Г. В.

**ПСИХИАТРИЯ В XXI ВЕКЕ: НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ И  
ИННОВАЦИИ В ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ**

*Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии  
Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово*

SELEDTSOV A. M., KIRINA YU. YU., AKIMENKO G. V.

**PSYCHIATRY IN THE XXI CENTURY: DIRECTIONS OF  
DEVELOPMENT AND INNOVATION IN RENDERING CARE**

*Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology  
Kemerovo State Medical University, Kemerovo*

*Аннотация:* В статье на основе анализа публикаций в зарубежной общенаучной литературе с учетом социальных, культурных, институциональных и научных сдвигов рассматриваются тенденции и инновации, которые могут повлиять на работу психиатров в ближайшем будущем.

*Ключевые слова:* психиатрия, COVID-19, теле - и интернет медицина, искусственный интеллект.

*Abstract:* Based on the analysis of publications in foreign general scientific literature, taking into account social, cultural, institutional and scientific shifts, the article examines trends and innovations that may affect the work of psychiatrists in the near future.

*Keywords:* psychiatry, COVID-19, tele - and internet medicine, artificial intelligence.

**Введение**

События первых десятилетий XXI в. и, главным образом, опыт работы психиатрических служб в условиях пандемии COVID-19 ставят перед обществом целый ряд фундаментальных вопросов. В числе главных и первоочередных вопросы о том: как будут выглядеть психиатрические службы в ближайшем будущем? Как технический и научный прогресс повлияет на медицинскую практику? Что нужно знать современным психиатрам? и др.

**Цель исследования:** рассмотреть перспективы развития психиатрии в связи с социальными и научными сдвигами, влияющими на профессиональную деятельность клинических врачей в XXI в.

### **Результаты и обсуждение**

Начало XXI века ярко демонстрирует широкое распространение социальных опасностей и болезней, которые обусловлены экономическим и социальным развитием современного общества.

В части диагностики психиатрия достигла таких огромных успехов, которые остальным отраслям медицины в настоящее время просто не доступны. Так, если в начале XX в., специалисты различали только 5 психиатрических заболеваний, то в начале XXI в. психиатры «открыли» для себя уже 374 психических заболеваний. Анализ, проведенный в Европе, России и США, показал, что количество психиатрических клиник за два последних десятилетия увеличилось более чем в 3 раза, а количество госпитализаций по психиатрическим показаниям – в 1,5 раза. При этом число амбулаторных посещений пациентов, имеющих психиатрические диагнозы, возросло в 5 раз [10].

Пандемия оказала негативное воздействие на психическое здоровье людей во всем мире. Подобно прошлым респираторным вирусным эпидемиям, таким как ТОРС и эпидемии гриппа, COVID-19 вызвал симптомы тревоги, депрессии и посттравматического стрессового расстройства у различных групп населения, включая медицинских работников, а также пациентов и лиц, находящихся на карантине. Неврологические нарушения возникают примерно у 36,4 % пациентов с COVID-19 [8]. И так как, коронавирус способен повреждать центральную нервную систему, психические и невротические расстройства могут переходить в хроническую стадию.

Согласно последним международным исследованиям, ситуация, связанная с COVID-19, нарушила оказание критически важной помощи при различных психических расстройствах в 93% стран мира. Несмотря на то, что в данных условиях спрос на медицинскую помощь при расстройствах психического здоровья возрос более чем в 3,5 раза. Данные из 130 стран показывают первые разрушительные последствия влияния коронавируса COVID-19 на возможность получения качественной помощи в области психического здоровья. Такая ситуация даёт опасения того, что психические изменения и расстройства при коронавирусе могут сохраниться в долгосрочной перспективе. Одна из причин, по которой специалисты обеспокоены вероятностью долгосрочного воздействия ситуации, связанной с коронавирусом, это существующие данные по предыдущим пандемиям и национальным чрезвычайным ситуациям. В этой связи ВОЗ опубликовала рекомендации по увеличению финансирования помощи людям с проблемами психики и поиску новых форм оказания медицинской помощи [7].

В сложившихся неблагоприятных условиях было доказано, что программы мониторинга и вмешательства при стрессах, депрессии и тревоге по телефону и через Интернет являются жизнеспособными и эффективными [4, 5]. Лечение психических расстройств, основанное на измерениях, будет интенсивно развиваться и в дальнейшем, так как даже хронически больные психиатрические пациенты все чаще используют компьютерные инструменты для оценки своего клинического статуса перед визитом в клинику [6].

Специалисты-консультанты могут помочь каждому практикующему врачу, живущему в отдаленных районах, диагностировать и лечить местных пациентов. Используя телемедицину, психиатры уже помогают сельским врачам первичной медико-санитарной помощи лечить психические расстройства [9].

Интернет позволяет взаимодействию пациентов с медицинскими работниками становиться все более асинхронными. Сложное вербальное и невербальное общение может осуществляться в HD-формате в «Любое удобное для Вас время и - независимо - для Меня». Врач из удаленной местности оставляет сообщение / вопрос или отправляет (зашифрованный конфиденциально) видеоклип с пациентом, и специалист отвечает на него, когда ему это удобно.

Феноменальная скорость, с которой в XXI в. распространяются Интернет, видеоигры, смартфоны и социальные сети, иллюстрирует, насколько современные достижения в этой области могут иметь разрушительные последствия, зачастую совершенно непредвиденные. Специалисты в области психиатрии и программирования уже сегодня работают над тем, чтобы использовать эти наработки в качестве прототипа для разработки учебных курсов по психиатрии и изменить существующие в настоящее время психиатрические представления и практики.

Геномика, протеиномика и эпигенетика. В настоящее время в условиях быстро падающих цен на определение индивидуальных геномов персонализированная медицина могла бы рекомендовать конкретные схемы назначения лекарств, что позволит клиницистам лучше прогнозировать положительный ответ на лечение и конкретные побочные эффекты лекарств. Chip Medicine может выявить психологическую уязвимость личности человека к определенным расстройствам, темпераменту, склонности к стрессовым реакциям и другим генетически чувствительным характеристикам. Помимо генетического полиморфизма, эпигенетическое профилирование сможет более точно охарактеризовать личную уникальность, возможно, конкурируя с генетикой в формировании развития, психологии и поведения [3].

Нейроиммунология. Понимание того, как цитокины и связанные с ними иммунные функции влияют на опосредованные психопатологией мозговые процессы, будет становиться все более значимым направлением исследования и дальнейшего развития, имеющего уникальное значение при лечении воспалительных и аутоиммунных нейropsychиатрических расстройствах (14, 15).

Продвинутая нейровизуализация и исследования схем мозга. В настоящее время специалисты уже могут виртуально наблюдать за поражением воображения благодаря все более совершенным технологиям визуализации, таким как 3-D и МРТ [1]. Схема мозга в психопатологии является важным фактором, стоящим за новой инициативой NIMH по критериям исследовательской области (RDoC), направленной на углубление точности диагностики за счет интеграции мозга, генетики и поведения [2]. Цели исследования включают: изучение парадигмы стресса и страха [8]; привязанность, сочувствие и интерсубъективность через зеркальные и социальные нейронные системы; и нейробиология травматического развития, например, при пограничном расстройстве личности [9].

Изучение нейробиологических коррелятов. Психологическая терапия может помочь клиницистам лучше интегрировать психологические, межличностные и биологические аспекты в лечение. Следующим шагом в этом направлении может быть подключение двух расположенных рядом устройств визуализации для наблюдения за парами, взаимодействием родителей и детей или сеансами терапии.

Продвинутый искусственный интеллект (ИИ) на основе суперкомпьютеров. Служба национальной безопасности США уже добилась прогресса в технологиях, способных разделить эмоционально сложные когнитивные и эмоциональные состояния на основе анализа голоса и языка тела в реальном времени [2]. Сложные адаптивные системы, использующие принятие решений экспертными системами на основе нечеткой логики и использующие генетические алгоритмы, которые создают свои собственные нейронные сети, уже демонстрируют новые свойства, такие как: способность генерировать творческие идеи. По мере того, как алгоритмы ИИ становятся все более искусными в различении правдивости от обмана, смешанных эмоциональных состояний и других важных характеристик, общество может ожидать, что персонализированные терапевтические системы ИИ будут точно настроены на индивидуальные профили пациентов.

В XXI веке постоянно совершенствующиеся технологии виртуальной реальности трансформируются в игровые симуляторы, например, такие как «Sims». Некоторые из них оказались адептами психотерапии. Рассмотрим, например, дополнительную психотерапию, основанную на играх в виртуальной реальности, противостоящих когнитивным и эмоциональным предубеждениям и искажениям, а также дисфункциональным моделям межличностного общения. Интернет-аватары и виртуальные отношения могут стать лабораториями, в которых пациенты смогут решать проблемы межличностного общения, прежде чем «продемонстрировать их вживую» в реальных коммуникациях.

«Обратное проектирование» мозга может привести к «нейроморфизму», что в конечном итоге приведет к нейропротезированию и даже протезированию разума. Робототехника в настоящее время развивается в направлении обеспечения индивидуально запрограммированной психологической поддержки, которая будет обеспечиваться «роботом-спасателем», по аналогии с домашним животным-

спасателем. Объединение Roomba, современных японских технологий и робототехники Массачусетского технологического института с персональным психологом SmartPhone вероятно уже не за горами. И тогда клиницисты-психиатры смогут использовать на практике генерирующих контрперенос компьютерных роботов.

Будущие возможности психотерапии. Как упоминалось выше, достижения в области виртуальной реальности и компьютерных «игр» могут помочь пациентам улучшить свои навыки решения психологических проблем и справиться со стрессом и депрессией. Возможно, психотерапия может быть назначена в соответствии с индивидуальными характеристиками нервной системы и обработки информации, возможно, на основе вариантов полиморфизма пациента (и терапевта). Это не слишком надуманно, поскольку было доказано, что генетически опосредованные факторы личности, такие как «межличностная чувствительность» и «эмпатическая способность», предсказывают лучшие результаты психотерапии, независимо от конкретного психиатрического диагноза.

Новые технологические и научные достижения, вероятно, вызовут потребность в новых психиатрических специальностях. Например, клинические «компьютерные специалисты», которые в перспективе будут занимаются всеми видами компьютерной практики, от управления заболеваниями через Интернет до электронных медицинских записей в истории болезни. Психиатры, обученные проектированию игр в виртуальной реальности, могут определять сценарии для оценки и лечения широкого спектра психических расстройств, как уже было продемонстрировано на примере фобий, посттравматического стрессового расстройства и синдрома Аспергера. В разработке находятся методы лечения «необычных личностей».

Новые технологии визуализации требуют от экспертов администрирования и интерпретации, а также применения все более локализованных вмешательств, включающих глубокую стимуляцию мозга или операцию гамма-ножа, например, при устойчивом к лечению обсессивно-компульсивном расстройстве.

Вместе с тем в обозримом будущем от специалистов в области общей психиатрии по-прежнему будет требоваться овладение всеми классическими клиническими навыками, профессионализм, хорошие коммуникативные навыки и сформированные системные компетенции. Поэтому одной из основных задач учебной программы по психиатрии в ординатуре должна быть задача научить будущего специалиста думать о диагнозе.

Современный ускоряющийся мир может спровоцировать расстройства, связанные с новыми технологиями, например, такими как интернет-зависимость, быстрое и преждевременное устаревание профессии, множественные ролевые деформации и синдромы перегрузки внимания взрослых; психологические

деформации, связанные с вирусными инфекциями и др. И это будет требовать адекватного и своевременного ответа специалистов.

### **Выводы**

Основными ценностями психиатрии – честность, порядочность, сострадательная забота и уважение к пациентам – останутся неизменными и будут цениться в обществе. Современным специалистам предстоит продолжить работу по созданию открытого психотерапевтического пространства с учетом влияния социально-культурных и экономических составляющих общества, совершенно четко признавая их и фокусируясь на них. Это позволит двигаться вперед со скоростью мировых изменений, соблюдая единственную неизменную психотерапевтическую догму – оставаться живыми.

### **Источники и литература / Sources and references**

1. Fisher E. S.: Building a medical neighborhood for the medical home. N Engl J Med 2008; 359:1202-1205. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18799556/> (Дата обращения: 10.02.2021).
2. Keyser D. J., Houtsinger J. K., Watkins K. et al: Applying the Institute of Medicine quality chasm framework to improving health care for mental and substance use conditions. Psychiatr Clin N Am 2008; 31:43-56. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.scirp.org/reference/referencespapers.aspx?referenceid=1361510> (Дата обращения: 10.02.2021).
3. Simon G. E., Ludman E. J., Tutty S. et al: Telephone psychotherapy and telephone care management for primary care patients starting antidepressant treatment: a randomized, controlled trial. JAMA 2004; 292:935-942. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15328325/> (Дата обращения: 10.02.2021).
4. Roy-Byrne P., Craske M. G., Sullivan G. et al: Delivery of evidence-based treatment for multiple anxiety disorders in primary care: a randomized, controlled trial. JAMA 2010; 303:1921-1928. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20483968/> (Дата обращения: 3.02.2021).
5. Deegan P. E., Rapp C., Holter M. et al: Best practices: a program to support shared decision-making in an outpatient psychiatric medication clinic. Psychiatr Serv 2008; 59:603605. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18511580/> (Дата обращения: 10.02.2021).
6. Murphy E., Kapur N., Webb R. et al: Risk assessment following self-harm: comparison of mental health nurses and psychiatrists. J Adv Nurs 2011; 67:127-139. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [https://www.researchgate.net/publication/51721488\\_The\\_Practice\\_of\\_Psychiatry\\_in\\_the\\_21st\\_Century\\_Challenges\\_for\\_Psychiatric\\_Education](https://www.researchgate.net/publication/51721488_The_Practice_of_Psychiatry_in_the_21st_Century_Challenges_for_Psychiatric_Education) (Дата обращения: 1.02.2021).

7. Yager J. The 2002 Psychologist Prescribing Law in New Mexico: the psychiatrist's perspective. *Maryland Med* 2002; 3:21-25, 45. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12481742/> (Дата обращения: 7.02.2021).
8. Arora S., Geppert C., Kalishman S. et al: Academic health center management of chronic diseases through knowledge networks: Project Echo. *Acad Med* 2007; 82:154-160. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17264693/> (Дата обращения: 10.02.2021).

СОКОЛОВ И. А.

**ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОДНОПОЛЮСНОГО  
ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА**

*Кафедра анестезиологии, реаниматологии, травматологии и ортопедии  
Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово*

Научный руководитель – к.м.н., доцент Е. И. Ардашева

SOKOLOV I. A.

**LONG-TERM RESULTS OF SINGLE-POLE  
ENDOPROSTHETICS OF THE HIP JOINT**

*Department of Anesthesiology, Reanimatology, Traumatology and Orthopedics  
Kemerovo State Medical University, Kemerovo*

Supervisor – PhD, Associate Professor E. I. Ardasheva

***Аннотация:** Статистическое исследование позволяет оценить отдалённые результаты однополюсного эндопротезирования тазобедренного сустава.*

***Ключевые слова:** Эндопротезирование, тазобедренный сустав, шейка бедра, перелом, оперативная тактика.*

***Abstract:** Statistical research allows evaluating the long-term results of unipolar hip arthroplasty.*

***Keywords:** Endoprosthetics, hip joint, femoral neck, fracture, surgical tactics.*

Переломы шейки бедренной кости продолжают оставаться важной проблемой современной травматологии. Одним из современных методов лечения этих травм является однополюсное эндопротезирование тазобедренного сустава. На данный момент в г. Кемерово оказывается специализированная неотложная помощь при переломе шейки бедренной кости в ГАУЗ КО ККБСМП.

**Цель исследования** – оценить состояние жизни и здоровья пациентов при однополюсном эндопротезировании тазобедренного сустава в отдаленном периоде с 2018 по 2020 гг.

### **Материалы и методы**

В ГАУЗ КО ККБСМП (отделение травматологии и ортопедии №2) применяется однополюсное эндопротезирование тазобедренного сустава протезом «MATHYS» по экстренным показаниям при переломах шейки бедренной кости. В работе были использованы данные компьютерного ресурса DOCA+, журналы плановых операций отделения травматологии и ортопедии №1 и травматологии и ортопедии №2и SF36 (анкета оценки качества жизни).

### **Результаты и их обсуждения**

За период с 2018 г. по 2020 г. в отделениях травматологии и ортопедии №1 и №2 было выполнено 179 операций по поводу перелома шейки бедренной кости. Из них однополюсное эндопротезирование было выполнено у 72 пациентов. На ревизионное эндопротезирование в наше отделение повторно поступили 7 пациентов. Пациентов женского пола из них 56 человек (возраст от 70 лет до 94 лет), пациентов мужского пола 16 человек (с 77 до 93 лет). Эндопротезирование выполнялось на 2 -3 сутки. Из 72 пациентов отдаленный результат был исследован у 23 пациентов. Они отмечают положительную динамику и полностью довольны качеством жизни. В среднем по шкале SF36 общее состояние здоровья 92 балла, жизненная активность 80 баллов, физическое функционирование 45 баллов, интенсивность боли 61 балл.

### **Выводы**

На основании изучения отдаленных результатов у пациентов было выявлено, что они довольны качеством жизни после операции и их состояние значительно улучшилось. Срочное оперативное вмешательство, а также, ранняя активизация пожилых пациентов, позволяет спасти им жизнь и значительно улучшить ее качеств. Абсолютными показаниями для эндопротезирования являются переломы: эпифизарные, субэпифизарные, субкапитальные. Относительными показаниями для эндопротезирования являются трансцервикальные и базальные переломы, с учётом индивидуальных особенностей пожилого пациента. Конкурирующий метод лечения – остеосинтез с минимальной инвазией. Предпочтительнее выполнять тотальное цементное эндопротезирование.

### **Источники и литература / Sources and references**

1. Загородний Н. В. Эндопротезирование тазобедренного сустава. Основы и практика. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 704 с.
2. Николенко В. К., Буряченко Б. П., Давыдов Д. В., Николенко М. В. Эндопротезирование при ранениях, повреждениях и заболеваниях тазобедренного сустава. Руководство для врачей. – М.: Издательство «Медицина», 2009. – 354 с.

3. Ревизионное эндопротезирование тазобедренного сустава: руководство для врачей / Под ред. Д. Дж. Джакофски, Э. К. Хедли; пер. с англ. под ред. Н. В. Загороднего. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 328 с.
4. Батыгин Г. Г. Регистры по эндопротезированию тазобедренных суставов. – М.: Высшее Образование и наука, 2016. – 160 с.
5. Дэвид В. Феличано, Кеннэт Л. Маттокс, Эрнесте Е. Мур Травма. Том 1. – М.: Издательство «Панфилова», 2012. – 520 с.
6. Мовшович И. А. Оперативная ортопедия. – М.: Издательство «Медицина», 1994. – 448 с.
7. Карев Д. Б., Болтрукевич С. И., Пинчук Л. С. Однополюсный эндопротез тазобедренного сустава нового поколения // Медицинский журнал. – 2010. – № 1. – С. 96-102.

ХАНЧЕВСКИЙ М. А.<sup>1</sup>, ЛОБАЙ М. В.<sup>2</sup>, СЫСА А. Г.<sup>1</sup>, КВАСЮК Е. И.<sup>1</sup>

### ЦИТОСТАТИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ НЕЛАРАБИНА

<sup>1</sup>Кафедра экологической химии и биохимии

<sup>2</sup>Кафедра иммунологии

*Международного государственного экологического института имени  
А. Д. Сахарова Белорусского государственного университета, г. Минск*

KHANCHEUSKI M. A.<sup>1</sup>, LABAI M.V.<sup>2</sup>, SYSA A. G.<sup>1</sup>, KVASYUK E. I.<sup>1</sup>

### NELARABIN CYTOSTATIC ACTIVITY

<sup>1</sup>Department of Environmental Chemistry and Biochemistry

<sup>2</sup>Department of immunology

*International State Ecological Institute named after  
A. D. Sakharov Belarusian State University, Minsk*

**Аннотация:** Исследование посвящено оценке цитотоксического действия модифицированного нуклеозида 2-амино-6-этокси-9-(β-D-арабинофуранозил) пурин (неларабина) в отношении культур опухолевых клеток линии MCF-7. В результате проведенных исследований было показано, что неларабина в концентрациях 10<sup>-4</sup>М и 10<sup>-5</sup>М проявлял цитотоксическое действие в отношении опухолевой культуры MCF-7, статистически значимо снижая их жизнеспособность по сравнению с клетками, культивируемыми в отсутствие нуклеозида.

**Ключевые слова:** антиметаболиты, неларабин, цитотоксический эффект, опухолевая культура.

**Abstract:** The study is devoted to the assessment of the cytotoxic effect of the modified nucleoside 2-amino-6-ethoxy-9- (β-D-arabinofuranosyl) purine (nelarabine) against MCF-7 tumor cell cultures. As a result of the studies carried out, it was shown that nonarabine at concentrations of 10<sup>-4</sup>М and 10<sup>-5</sup>М exhibited a cytotoxic effect on the MCF-7 tumor culture, statistically significantly reducing their viability as compared to cells cultured in the absence of nucleoside.

**Keywords:** antimetabolites, nonarabin, cytotoxic effect, tumor culture.

Создание новых эффективных лекарственных препаратов является одним из приоритетных направлений в современной фармацевтической индустрии. Разработка инновационного лекарственного препарата всегда начинается с поиска нового биологически активного соединения с последующим подтверждением его эффективности и безопасности.

Антиметаболитами называют вещества, близкие по химической структуре к эндогенным продуктам обмена веществ ингибирующие превращения, и физиологическую активность этих метаболитов [1].

Антиметаболиты, в частности аналоги азотистых оснований и нуклеозидов, являются цитотоксическими препаратами, которые значительно преобразили клиническую онкологию и превратили рак в излечимое, в ряде случаев, заболевание.

В терапии онкологических заболеваний значительную роль играют препараты на основе нуклеотидов и их модифицированных аналогов. Нуклеозиды и нуклеотиды, широко распространенные в природе сложные органические вещества, выполняющие в живом организме самостоятельно или в комплексе с другими биомолекулами различные функции [2]. Аналоги азотистых оснований и нуклеозидов реализуют свои цитотоксические эффекты, имитируя собой естественные эндогенные нуклеозиды [3].

Механизм действия может быть связан либо с ингибированием ферментов, либо с подменой эндогенных нуклеозидов в качестве субстратов в ходе синтеза молекул нуклеиновых кислот, что приводит к повреждению ДНК и РНК, нарушению метилирования ДНК и других процессов [3–4]. Следует отметить, что для реализации своего фармакодинамического эффекта аналоги нуклеозидов должны быть стабильными; проникать через мембрану опухолевой клетки посредством белков-переносчиков; превращаться в свои активные формы, взаимодействовать с молекулярной мишенью [5].

Вплоть до настоящего времени, подавляющее большинство модифицированных нуклеозидов были получены химическими методами. Большое число разработанных с этой целью синтетических подходов можно объединить в три основных направления: конвергентный синтез, в котором используются производные сахаров или имитаторов сахаров в качестве гликозилирующих агентов, химические превращения природных нуклеозидов и рациональная комбинация обоих указанных выше подходов. Несмотря на весьма впечатляющий прогресс, достигнутый в развитии химических методов, получение многих противовирусных и противоопухолевых лекарств, а также биологически активных соединений, продолжает оставаться серьезной проблемой, что обуславливает высокую стоимость препаратов и, как следствие, ограничивает широкие биологические исследования и терапевтическое применение.

Неларабин [6-метокси-9-(β-D-арабинофуранозил) гуанин] является пролекарством 9-β-D-арабинофуранозилгуанина (ara-G). Он принадлежит к

аналогам гуанозина, в которых в положении 6 гуанинового кольца водород гидроксидной группы замещен метоксигруппой.

Основными спектрами токсичности, о которых сообщалось в первоначальных клинических испытаниях и последующих исследованиях, являются гематологические и неврологические. С увеличением использования данного нуклеозида обнаруживаются и другие виды токсичности, что требует дальнейших исследований.

### Цель исследования

Оценка цитотоксического действия модифицированного нуклеозида 2-амино-6-этокси-9-(β-D-арабинофуранозил) пурин (неларабин) в отношении культур опухолевых клеток линии MCF-7.

### Материалы и методы исследования

Оценку цитотоксической активности проводили на культурах опухолевых клеток линии MCF-7, которые культивировали при 37°C в условиях 5% CO<sub>2</sub> и относительной влажности воздуха 95% в питательной среде DMEM («Gibco», США), содержащей 10% ЭТС, 2мМ L-глутамин, 100 Ед/мл бензилпенициллин натрия, 100 Ед/мл стрептомицин сульфата, 100 Ед/мл неомицин сульфата («Lonza», США) в присутствии или отсутствии модифицированных нуклеозидов в концентрациях 10<sup>-4</sup>М – 10<sup>-7</sup>М в течение 48 часов. Для подсчета жизнеспособности клетки снимали 0,25% раствором трипсин/ЭДТА. Концентрация клеток для посева составляла 5\*10<sup>4</sup> жизнеспособных клеток.

Жизнеспособность клеток определяли методом исключения трипанового синего. Все манипуляции с клетками выполняли со строгим соблюдением правил стерильности в ламинарном боксе II класса защиты (ОДО «Белаквилон», РБ).

Статистическая обработка данных проводилась с помощью прикладного пакета программы «STATISTICA 8.0» (StatSoft, США), включая методы параметрического анализа. Результаты данных представлены в виде усредненных данных с ошибкой среднего значения (M±Se).

### Результаты и их обсуждение

В ходе исследования цитотоксичности неларабина в отношении опухолевых клеток получены следующие результаты (таблица 1).

Таблица 1. Количество жизнеспособных опухолевых клеток линии MCF-7, культивируемых в присутствии/отсутствии различных концентраций неларабина

Концентрация исследуемого вещества	Количество живых опухолевых клеток линии MCF-7 к концу культивирования (в пересчете на 1 мл)	% снижения кол-ва клеток по отношению к контролю	Уровень значимости, p
контроль	725000±37749	-	p<0,001 по

контроль 1% ДМСО	+	825000±42136	-	сравнению с контролем
10 <sup>-7</sup> М		600000±52041	18%	
10 <sup>-6</sup> М		550000±34347	25%	
10 <sup>-5</sup> М		348000±21274	52%	
10 <sup>-4</sup> М		175000±11564	75,8%	

Согласно представленным в *таблице 1* результатам, неларабин в концентрациях 10<sup>-4</sup>М и 10<sup>-5</sup>М проявлял цитотоксическое действие в отношении опухолевой культуры МСF-7, статистически значимо снижая их жизнеспособность по сравнению с клетками, культивируемыми в отсутствие нуклеозида. При использовании более низких концентраций неларабина (10<sup>-7</sup>М и 10<sup>-6</sup>М) жизнеспособность МСF-7 не отличалась от клеток, культивируемых в отсутствие исследуемого соединения (p<0,001).

### Выводы

Исследование цитотоксической активности выявило, что влияние неларабина в концентрации 10<sup>-4</sup>М на рост клеток линии МСF-7 проявляется в ингибирующей активности, достигающей 75,8%. Неларабин обладает дозозависимым действием на рост клеток данной линии.

### Источники и литература / Sources and references

1. Balzarini J. Effect of antimetabolite drugs of nucleotide metabolism on the anti-human immunodeficiency virus activity of nucleoside reverse transcriptase inhibitors // *Pharmacology & Therapeutics*. 2000. – Vol. 87. – P.175–187.
2. Bosanquet A. G. Individualized tumor response testing in leukemia and lymphoma // *Innovate leukemia and lymphoma therapy*. New York: Informa Healthcare. 2008. – P. 23 – 43.
3. Crotty S. Ribavirin's antiviral mechanism of action: lethal mutagenesis? // *J. Mol. Med*. 2002. – V. 80. – P. 86–95.
4. Elgemeie G. H. New Trends in Synthesis of Pyrazole Nucleosides as New Antimetabolites // *Nucleosides, Nucleotides and Nucleic Acids*. March. 2013. – Vol. 24 (8). – P. 1227 – 1247.
5. Elgemeie G. H. Thioguanine, Mercaptopurine: Their Analogs and Nucleosides as Antimetabolites // *Current Pharmaceutical Design*. – 2003. – Vol. 9, №. 31. – P. 2627-2642.

ЗОЛКИН А. Л.<sup>1</sup>, ЧИСТЯКОВ М. С.<sup>2</sup>

## ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ ПЛАТФОРМА «МЕДИЦИНА БУДУЩЕГО» КАК КОНЦЕПТ РАЗВИТИЯ СОВРЕМЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

<sup>1</sup>Кафедра информатики и вычислительной техники  
Поволжского государственного университета телекоммуникаций и  
информатики, г. Самара;

Кафедра естественно-научных дисциплин  
медицинского университета «Реавиз» (Реавиз), г. Самара

<sup>2</sup>Отдел контроля и надзора в сфере здравоохранения, обращения  
лекарственных средств и медицинских изделий  
Территориального управления Росздравнадзора по Владимирской области,  
г. Владимир

ZOLKIN A. L.<sup>1</sup>, CHISTYAKOV M. S.<sup>2</sup>

## TECHNOLOGICAL PLATFORM «FUTURE MEDICINE» AS A CONCEPT FOR THE DEVELOPMENT OF MODERN HEALTHCARE

<sup>1</sup>Computer and Information Sciences Department Povolzhskiy State University of  
Telecommunications and Informatics, Samara; Natural Sciences Department, Private  
institution of higher education «Medical University» Reaviz, Samara

<sup>2</sup>Department of control and supervision in the field of health care, drugs and medical  
devices circulation Territorial Directorate of Roszdravnadzor (Federal Health Care  
Supervisory Agency) in the Vladimir Region, Vladimir

*Аннотация:* Рассматривается технологическая платформа «Медицина будущего» в  
качестве драйвера развития здравоохранения как сегмента институциональной системы  
государства.

*Ключевые слова:* технологическая платформа, «прорывные» технологии,  
здравоохранение будущего, здоровье.

*Abstract:* The technological platform "Medicine of the Future" is considered as a driver of  
health care development as a segment of the institutional system of the state.

*Keywords:* technological platform, "breakthrough" technologies, health care of the future,  
health.

### Цель исследования

Рассмотреть перспективы развития современного облика здравоохранения  
на основе внедрения технологической платформы «Медицина будущего».  
Сформулировать в кратком обзорном экскурсе тезисы парадигмы медицины  
будущего.

### **Материалы и методы исследования**

Коллективная работа опирается на системный анализ ряда дискуссий научных публикаций по данной тематике, в т.ч. научных конференций, а также концепций и документов.

### **Результаты и их обсуждение**

В глобальной стратегии Всемирной организации здравоохранения «Здоровье для всех в 21 веке», принятой в 1998 г., одним из важнейших приоритетов обозначено изменение ориентации достижения качества медицинского обслуживания, предполагающее направленность сектора здравоохранения на конечные результаты, в том числе обеспечение больших преимуществ и выигрыша для здоровья, равенства доступа и экономической эффективности (рентабельности) [1, 2, 5].

Концепция современного здравоохранения базируется на персонализированном подходе предиктивного и превентивного воздействия на причинно-следственную связь в развитии заболевания, основанная на высоких технологиях [3, 4]. Технологические платформы (ТП) представляют собой уникальный инструмент конструктивного взаимодействия резидентов взаимовыгодного сотрудничества [5], в т.ч. в реализации данного направления. Технологическая платформа «Медицина будущего» (учреждена 26.05.2011) – форма государственно-частного взаимодействия потенциалов заинтересованных резидентов (власти, бизнес-сообщества и науки), а также инструмент становления научно-технической и инновационной высокотехнологичной направленности развития социальной сферы государства посредством эволюционных преобразований и создания сегмента медицины будущего в конвергенции с «прорывными технологиями». Сибирский государственный медицинский университет – организация-координатор; организационно-правовая форма – Некоммерческое партнерство технологическая платформа «Медицина будущего» [6, 7].

Экспертный состав ТП в виде многоуровневого пула представлен более 300 участниками – это ВУЗы, НИИ, РАМН, РАН, Минпромторг, Минобрнауки, Минздрав, государственные корпорации («Ростехнологии», «Росатом» и др.), ФГУПы (например, НПО «Микроген») и т.д. [8].

Одной из задач ТП «Медицина будущего» является обеспечение внутреннего спроса на лекарственные препараты на фармацевтическом рынке на национальном уровне в общем контексте национальной безопасности государства. Немаловажным представляется синхронизация процессов ТП с ТП Европейского союза, с ТП государств СНГ в целях содействия реализации трансфера продукции и технологий и на внешние и внутренние сегменты рынка.

## **Выводы**

ТП «Медицина будущего», как институциональный механизм развития и высокотехнологичной эволюции инновационной системы страны, является обеспечительной формой в достижении задач стратегического национального значения, в т.ч. в синергии взаимодействия производителей, государства и научной сферы. Эмерджентный эффект расширяет возможности трансфера «прорывных» высоких технологий в здравоохранение будущего. Созданный благоприятный средовой фон является своего рода проводником для частных инвестиционных потоков.

В новых реалиях секционного противостояния и посткоронавирусной неопределенности особое значение имеют меры прагматичной экономической политики. Инвестиционный аспект возможен только при создании условий для «точек роста», имеющих определенную конкурентоспособную составляющую для развития инновационного высокотехнологичного промышленного потенциала. Данная задача должна включать формирование соответствующей инфраструктуры – транспарентной и взаимосвязанной между всеми субъектами технологической платформы.

## **Источники и литература / Sources and references**

1. Здоровье-21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/health21-the-health-for-all-policy-framework-for-the-who-european-region> (Дата обращения: 01.03.2021).
2. Шуматов В. Б., Крукович Е. В., Черная И. П., Кузнецов В. В., Транковская Л. В. Развитие сервисного менеджмента как условие успешной модернизации сферы здравоохранения // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2015. – №1(59). – С. 5-10.
3. Golubnitschaya O., Costigliola V. Common origin but individual outcomes: time for new guidelines in personalized healthcare. *Personalized Med.* 2010.
4. Golubnitschaya O., Costigliola V. EPMA: General report and recommendations in predictive, preventive and personalized medicine, 2012: white paper of the european Association for predictive, preventive and personalized medicine. *TheEPMAJ.* 2012.
5. Чистяков М. С., Лачинина Т. А. Технологические платформы как инструмент консолидации инновационного форсайта реализации концепции реиндустриализации России // Менеджмент и бизнес-администрирование – 2016. – №4, – С. 16-27.
6. Медицина будущего. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.rushydro.ru/upload/iblock/d82/Buklet\\_32TP\\_rus\\_RFTR.pdf](http://www.rushydro.ru/upload/iblock/d82/Buklet_32TP_rus_RFTR.pdf) (Дата обращения: 01.03.2021).
7. Технологическая платформа «Медицина будущего». – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://tp-medfuture.ru/aboutus/> (Дата обращения: 01.03.2021).

8. Огородова Л. М., Каминский И. П., Патрушев М. В., Чулок А. А. Роль технологической платформы «Медицина будущего» в формировании высокотехнологичных рынков продуктов и услуг // ЭКО. – 2013. – №9(471). – С. 5-14.

ШТАГЕР А. И.

**ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МЕНИСКЭКТОМИИ В ЗАВИСИМОСТИ  
ОТ ВОЗРАСТА И СТАДИИ ГОНАРТРОЗА**

*Кафедра анестезиологии, реаниматологии, травматологии и ортопедии  
Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово*

Научный руководитель – к.м.н., доцент Е. И. Ардашева

SHTAGER A. I.

**LONG-TERM RESULTS OF MENISCECTOMIA DEPENDING ON AGE AND  
STAGE OF GONARTHROSIS**

*Department of Anesthesiology, Reanimatology, Traumatology and Orthopedics  
Kemerovo State Medical University, Kemerovo*

Supervisor – PhD, Associate Professor E. I. Ardasheva

*Аннотация:* Статистическое исследование позволяет оценить отдалённые результаты менискэктомии в зависимости от возраста и стадии гонартроза.

*Ключевые слова:* Менискэктомия, гонартроз, мениск, артроскопия, коленный сустав.

*Abstract:* Knee meniscectomy is the most common procedure performed by orthopaedic surgeons. Statistical research allows evaluating the long-term results of meniscectomy, depending on the age and stage of gonarthrosis.

*Keywords:* Meniscectomy, gonarthrosis, meniscus, arthroscopy, knee joint

Деформирующий остеоартроз коленного сустава представляет собой сложную клиническую проблему, так как в основе этого заболевания лежат различные патогенетические механизмы, вызывающие дегенерацию хряща и приводящие к биологическим и морфологическим изменениям всех структур сустава, что влечет за собой разнообразные клинические проявления [1, 4].

Менискэктомия коленного сустава – наиболее распространенная процедура, выполняемая травматологами–ортопедами [2, 6]. Обычно считается, что потеря ткани мениска приводит к остеоартриту и ухудшению функции коленного сустава, многие факторы могут существенно повлиять на этот результат [3, 5].

**Цель исследования:** Оценить отдалённые результаты менискэктомии в зависимости от возраста и стадии гонартроза.

### **Материалы и методы исследования**

Исследование проводилось на базе Кемеровской областной клинической больницы скорой медицинской помощи имени М. А. Подгорбунского (КО ОКБ СМП – авт.). В работе использовались данные медицинской информационной системы ДОКА+, журналы плановых операций ортопедического отделения ГАУЗ КО ОКБ СМП, шкала оценки реабилитационного потенциала Лекена.

### **Результаты и их обсуждение**

За период 2018 – 2020 гг. на базе клиники выполнена 201 операция по поводу менискэктомии. Из них прооперировано 54 (26,8%) мужчин и 147 (73,2%) женщин. У 166 (82,6%) человек был поврежден медиальный мениск, у 5 (2,5%) – латеральный, у 30 (14,9%) – медиальный и латеральный мениски. В I-ю группу вошли 166 пациентов, стадия гонартроза у которых была второй. II-ю группу составили 35 человек с третьей стадией. Средний возраст пациентов, принявших участие в исследовании, составил  $47,21 \pm 9,8$  лет и  $59,71 \pm 7,8$  лет. По результатам оценки индекса Лекена степень тяжести гонартроза была легкой у 82 (49,3%) и 2 (5,7%) пациентов, у 64 (38,5%) и 6 (17,1%) – умеренной, у 15 (9%) и 10 (28,6%) – тяжелой, у 4 (2,4%) и 12 (34,3%) – очень тяжелой, у 1 (0,8%) и 5 (14,3%) – крайне тяжелой, у I и II групп соответственно.

### **Выводы**

Проведенное исследование показало, что возраст и стадия гонартроза являются факторами, усугубляющими результат менискэктомии. По шкале оценки реабилитационного потенциала Лекена было установлено, что в возрасте от 31 года до 55 лет результаты оперативного лечения были удовлетворительные. У пациентов старше 55 лет исходы менискэктомии были неудовлетворительными.

### **Источники и литература / Sources and references**

1. Джонсон Дональд Г. Оперативная артроскопия. – М.: Изд-во Панфилова, 2015.
2. Коррекция и реабилитация при нарушениях опорно-двигательного аппарата: метод. рекомендации / Т. Е. Старовойтова и др. – Могилёв: МГУ имени А. А. Кулешова, 2002.
3. Краснов А. Ф. Травматология. – М.: Медицина, 1995.
4. Юмашев Г. С., Елифанов В. А. Оперативная травматология и реабилитация больных с повреждением опорно-двигательного аппарата. – М.: Медицина, 1983.
5. Физическая реабилитация / под общ. ред. С. Н. Попова. – Ростов-на-Дону, 2004.
6. Бахтиозин Ф. Ш. Повреждение менисков коленного сустава. – Казань, 1990.

ЯРОШЕВИЧ Е. А., ЧЕРНОВ А. В., РОМАНОВА М. М.

**ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ФИЗИЧЕСКОЙ И МЕДИЦИНСКОЙ  
РЕАБИЛИТАЦИИ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ**

*Кафедра физической и реабилитационной медицины, гериатрии ИДПО  
Воронежского государственного медицинского университета,  
г. Воронеж*

YAROSHEVICH E. A., CHERNOV A. V., ROMANOVA M. M.

**PROSPECTS FOR THE ORGANIZATION OF PHYSICAL AND MEDICAL  
REHABILITATION OF THE VISUALLY IMPAIRED**

*Department of Physical and Rehabilitation Medicine, Geriatrics, IDPO  
Voronezh State Medical University, Voronezh*

*Аннотация:* Работа посвящена результатам исследования по изучению особенностей организации и определению перспектив оптимизации организации офтальмологической помощи населению и реабилитации слабовидящих.

*Ключевые слова:* реабилитация, качество жизни, офтальмологическая помощь, слабовидящие.

*Abstract:* The work is devoted to the results of a study on the organization's peculiarities and the prospects for optimizing the organization of ophthalmological care for the population and rehabilitation of the visually impaired.

*Keywords:* rehabilitation, quality of life, ophthalmic care, visually impaired.

В XXI в. развитие и эффективная организация медицинской и физической реабилитации является одним из важнейших направлений медицинской науки и практического здравоохранения. Анализ эпидемиологической ситуации по заболеваниям органа зрения, приводящим его потере, свидетельствует о наличии существенной тенденции к росту [1]. Поэтому актуализируются вопросы повышения качества и эффективности оказания населению офтальмологической помощи населению, в том числе направление физической и медицинской реабилитации слабовидящих [2, 3]. При этом одним из важнейших критериев эффективности организации медицинской помощи остается исследование качества жизни [4, 5]. Современная офтальморезабилитация основана на традиционных подходах в клинической офтальмологии, оптометрии, трудотерапии и социологии [6, 7]. Однако при рассмотрении индивидуальных вариантов реабилитации и лечения следует учитывать возраст пациента, диагноз, уровень образования и социокультурный статус, что позволит достичь оптимальных результатов для пациента.

**Цель исследования** – изучение особенностей организации физической и медицинской реабилитации в офтальмологии и поиск путей оптимизации организации реабилитационных мероприятий для слабовидящих.

### **Материалы и методы**

Под нашим наблюдением находилось 42 больных с установленным диагнозом глаукома. Средний возраст составил  $61,8 \pm 7,6$  лет. Информированное согласие на участие в исследовании подписано всеми пациентами. Для изучения качества жизни применяли опросник SF-36. Статистическую обработку проводили с помощью «Statistica 10.0».

### **Результаты исследования**

Проведен анализ научных данных медицинских литературных источников по актуальным аспектам реабилитации при оказании офтальмологической помощи населению. При этом следует отметить, что современная нормативно-правовая база по организации реабилитации в офтальмологии нуждается в дальнейшем совершенствовании, в том числе необходима конкретизация этапности и индивидуализация подходов к пациентам.

После статистического анализа полученных результатов исследования установлено, что качество жизни пациентов с диагнозом глаукома последовательно снижалось по мере прогрессирующего снижения зрения. Наиболее выраженное снижение качества жизни отмечалось по шкалам «ограничения»: физическое функционирование (PF), физически-ролевое функционирование (RP), социальное функционирование (SF), влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование (RE), а также по «биполярным» шкалам: GH - общее состояние здоровья и MH - ментальное здоровье.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости раннего начала офтальморезабилитации и поиска путей оптимизации реабилитационных мероприятий. Нами разработан и предлагается следующий алгоритм при организации реабилитации для слабовидящих. Первым этапом реабилитации, должна явиться оценка функциональных возможностей и важнейших когнитивных навыков пациента. На втором этапе целесообразно проведение углубленной интерпретации полученных результатов и оценка остаточных зрительных функций, которые можно улучшить с помощью оптических устройств: призмы расширения поля для периферической потери поля зрения, микропериметрия, телескопические интраокулярные линзы, телескопические контактные линзы, эпиретинальный протез Argus II (бионический глаз), BrainPort, терапия стволовыми клетками, плазма, обогащенная тромбоцитами (PRP) и электростимуляция, генная терапия [8, 9, 10].

Третий этап должен включать составление и реализацию персонализированного плана реабилитационных мероприятий с обязательным скоординированным участием специалистов в рамках междисциплинарного подхода с реалистичными ожиданиями, что будет способствовать повышению качества жизни слабовидящих. Таким образом, по-нашему мнению, этапность, ориентированность на индивидуальные ключевые параметры при выборе методов

восстановительного лечения, социальной интеграции и улучшению качества жизни неоспоримы в разработке индивидуальных программ физической и медицинской офтальморееабилитации.

### **Выводы**

Сравнительный анализ динамики качества жизни слабовидящих пациентов при офтальморееабилитации может являться показателем эффективности индивидуальных и групповых реабилитационных программ. Полученные результаты и предложенная этапность могут являться основой перспектив организации физической и медицинской реабилитации в офтальмологии, дальнейшая разработка в этом направлении и является целями и задачами наших дальнейших исследований.

### **Источники и литература / Sources and references**

1. Ярошевич Е. А., Чернов А. В. Анализ динамики заболеваемости глаукомой в Воронежской области // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2019. – № 75. – С. 168 – 172.
2. Бойко Э. В. Сравнение зрительной реабилитации с применением трифокальных и бифокальных интраокулярных линз (обзор литературы) // Офтальмохирургия. – 2018. – № 2. – С. 12 – 15.
3. Разумовская А. М. Социально-трудовая реабилитация больных с сосудистой офтальмопатологией // Ремедиум Приволжье. – 2018. – №. 4 – 5. – С. 164.
4. Романова М. М., Шарапова Ю. А., Хренова Е. Г. Сравнительный анализ качества жизни больных гипертонической болезнью и сопутствующей патологией в амбулаторной практике // Профилактическая медицина. – 2018. – Т. 21. – № 2 – 2. – С. 20.
5. Романова М. М., Остроушко Н. И., Славгородская Ю. И. Некоторые особенности влияния факторов риска на качество жизни больных гипертонической болезнью и сопутствующей патологией // Профилактическая медицина. – 2018. – Т. 21. – № 2 – 2. – С. 20 – 21.
6. Агапитов А. Е. Методическое и технологическое обеспечение разделов профилактической офтальмологии // Актуальные вопросы совершенствования методологии социальной и профилактической медицины. – 2019. – № 1. – С. 13 – 24.
7. Gall C, Sabel BA. Reading performance after vision rehabilitation of subjects with homonymous visual field defects. PM R. 2012; 4: 928 – 935.
8. Peli E, Bowers AR, Keeney K, Jung JH. High-Power Prismatic Devices for Oblique Peripheral Prisms. Optom Vis Sci. 2016; 93: 521 – 533.
9. Calabrise A, Bernard JB, Faure G, Hoffart L, Castet E. Clustering of Eye Fixations: A New Oculomotor Determinant of Reading Speed in Maculopathy. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2016; 57:3192 – 3202.

10. Ashwin Fale, Ajinkya Naik, Krishna Asegaonkar, Abhijeet Landge, Gaurav Atkare. Brainport Vision Technology. International Research Journal of Engineering and Technology (IRJET). 2016; 3:475 – 483.

**РАЗДЕЛ III.  
«ИСТОРИЯ КЕМЕРОВСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО  
МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА. ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННЫЕ  
ПРОБЛЕМЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО  
ОБРАЗОВАНИЯ»**

ДАДАЕВА Г. Н., САЛТАНОВА Е. В., ГОЛОВКО О. В.,  
КОЛЕСНИКОВ О. М., ПРОСВИРКИНА Е. В.

**ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ МЕДИЦИНСКОЙ, БИОЛОГИЧЕСКОЙ ФИЗИКИ И  
ВЫСШЕЙ МАТЕМАТИКИ КЕМЕРОВСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО  
МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

*Кафедра медицинской, биологической физики и высшей математики  
Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово*

DADAIEVA G. N., SALTANOVA E. V., GOLOVKO O. V.,  
KOLESNIKOV O. M., PROSVIRKINA E. V.

**THE HISTORY OF MEDICAL, BIOLOGICAL PHYSICS AND HIGHER  
MATHEMATICS DEPARTMENT OF THE KEMEROVO STATE MEDICAL  
UNIVERSITY**

*Department of Medical, Biological Physics and Higher Mathematics*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo*

*Аннотация:* Представлена 60-летняя история развития кафедры медицинской, биологической физики и высшей математики КемГМУ в контексте развития медицинского образования в Кузбассе.

*Ключевые слова:* физика, математика, медицина, Кузбасс, история.

*Abstract:* Presents the 60-year history of the development of the department of medical, biological physics and higher mathematics of the KemSMU in the context of the development of medical education in Kuzbass.

*Keywords:* physics, mathematics, medicine, Kuzbass, history.

Цель исследования – проанализировать историю развития медицинского образования в Кузбассе на примере определенных этапов, которые прошла наша кафедра за последние 60 лет.

60 лет – это то время для кафедры, когда эйфория первых лет уже уходит, когда видны те реальные достижения, которые были сделаны. История преподавания физики и математики в Кемеровском государственном медицинском институте (КГМИ) началась с первым набором студентов в 1956 году. Страна, выстоявшая в самой страшной за всю историю войне, была одной огромной стройкой, и люди, одержавшие победу, не боялись ни объёма, ни

сложности предстоящей работы, смело брались за любые задачи. К команде физиков мединститута это относилось в полной мере – её возглавил Семён Александрович Франгульян.



Семён Александрович до войны закончил физико-математический факультет педагогического института в городе Ростов-на-Дону, начал войну в Прибалтике, дважды бежал из фашистского плена, воевал в многонациональном партизанском отряде на юге Франции, был награждён орденом Славы III степени; медалью «За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.», тремя боевыми наградами Французской республики («Боевой крест серебряной степени», орден «Волонтер», медаль «Грант-Гер»), и ко времени организации КГМИ работал заведующим учебной частью Кемеровского механического завода.

Ему и его соратникам, И. С. Сергиенко, М. С. Тямину и Т. В. Синдеевой, в придачу к энтузиазму и готовности свернуть горы достались неблагоустроенные помещения бывшего общежития ремесленного училища. Нужно было доставать оборудование, приобретать знания по медицинской и биологической физике, с которой они к тому моменту не сталкивались, успевать проводить занятия и писать методические разработки для студентов. И они всё это сделали! Еще с тех времен на кафедре сложилась и бережно сохраняется профессорско-преподавательским составом замечательная и теплая атмосфера большой дружной семьи, которую ценят и нынешние студенты, и выпускники прошлых лет. Недаром выпускники первого набора, среди которых Александр Яковлевич Евтушенко, 16 лет возглавлявший медицинскую академию в должности ректора, Нина Алексеевна Барбараш, 27 лет заведовавшая кафедрой нормальной физиологии, Юрий Александрович Атаманов, 10 лет бывший первым проректором по учебной работе, добром вспоминали преподавателей курса физики. И они ещё не стали выпускниками, когда в 1961 году курс физики был реорганизован в кафедру медицинской, биологической физики и высшей математики, которая ныне празднует своё 60-летие.

С. А. Франгульян к тому времени был переведен в Кемеровский государственный пединститут, где работал на кафедре теоретической физики и позднее стал деканом физического факультета, так что кафедру возглавил Л. И. Муромцев, который продолжил педагогические традиции первооткрывателей кафедры.

Уже тогда начала зарождаться научная работа на кафедре, которая велась в основном студентами, которые почувствовали вкус к науке именно на этой кафедре.



Вместе с преподавателями они собрали физические установки для работы в студенческих лабораториях, часть которых по сей день служит для лабораторных работ уже современных студентов.

Следующим руководителем кафедры стала Г. Т. Воронина.



Значительно изменилась научная жизнь кафедры в 1970 году с приходом нового заведующего, кандидата физико-математических наук, доцента Бориса Георгиевича Андреева, который руководил кафедрой в течение 28 лет. Вне всяких сомнений, именно он внес неоценимый вклад в сохранение и укрепление традиций кафедры. Кафедра стала вторым домом, потому что те отношения, которые существовали в коллективе – это отношения взаимовыручки, взаимопомощи. Праздники, дни рождения, совместные выезды на природу – все это объединяло коллектив кафедры.

Борис Георгиевич был увлеченным и одаренным человеком. Именно он и определил главное направление научной работы «Влияние атмосферных загрязнений на ультрафиолетовую радиацию солнечного излучения в городах Кемеровской области».



Кафедра заключала хоздоговора с промышленными предприятиями Кузбасса. На полученные при реализации этих хоздоговоров средства приобреталось оборудование, и приглашались на работу сотрудники: заведующий лабораторией, инженеры, шесть лаборантов.

Кафедра – это, прежде всего, люди, которые на ней работают. В разное время свой неоценимый вклад в развитие кафедры внесли: Галина Трофимовна Воронина, Василий Наумович Трошкин, Зоя Никитична Трошкина, Софья Наумовна Песчанская, Станислав Николаевич Калабин, Любовь Корнеевна Равинг, Муза Васильевна Милиневская, Валентина Максимовна Гущина. Свой богатый педагогический опыт они передали молодым преподавателям.



Огромный интересный материал по методическим разработкам, накопленный со дня основания кафедры, требовал систематизации. В 1991 г. коллектив кафедры пополнила Валентина Ивановна Бухтоярова, которая взялась за организацию новой для кафедры деятельности – издательской.



В 2003 году коллектив кафедры пополнила выпускница КемГУ Ольга Владимировна Головки, в 2009 году успешно защитившая диссертацию на соискание степени кандидата физико-математических наук по специальности «Электронная структура, химическая связь и физико-химические свойства сульфатов щелочных металлов», что для кафедры явилось нерядовым событием.

В настоящее время коллектив кафедры медицинской и биологической физики и высшей математики готовится встретить своё 60-летие с солидным багажом: в арсенале имеется более 50 актуальных методических разработок, издано множество научных и научно-методических работ, ежегодно проводится обучение свыше 500 студентов шести специальностей по четырем дисциплинам, полностью обеспеченным учебно-методическими разработками, включая электронные курсы и лабораторные работы.



Кафедра широко сотрудничает с различными научными и учебными учреждениями Кузбасса: НИИ КПССЗ СО РАН, с физическим факультетом Кемеровского государственного университета, с Кузбасским государственным техническим университетом. Сотрудниками кафедры за всю ее историю опубликовано около 400 статей.

Учитывая постоянный рост и развитие кафедры, студенты имеют возможность заниматься научной работой. На кафедре работает кружок СНО по медицинской и биологической физике. Ежегодно в университете проходят студенческие конференции «Проблемы медицины и биологии», на которые студенты представляют не менее 10 докладов. К юбилею под руководством заведующего кафедрой Е. В. Просвиркиной организована олимпиада по медицинской и биологической физике, для участия в которой уже зарегистрировались более 60 студентов медицинских вузов страны и зарубежья.

В завершение стоит посмотреть на кафедру глазами студентов:

«...начались первые пары физики. Какое для нас было удивление, что все физиологические процессы организма – это и есть физика. Все, что можно только представить в организме на уровне органа или системы органов, подчиняется физическим законам.

Физика начала затягивать еще больше, когда мы стали проводить лабораторные работы. Мы изучили строение и суть аппарата ЭКГ, УЗИ. Рассмотрели законы оптики с их практическим применением при изучении офтальмологии. И даже ознакомились таким маленьким, и таким важным в наше время прибором как пульсоксиметр. С пониманием работы законов физики в нашем организме начинают собираться пазлы важности этого предмета.

Не может не радовать работа научного кружка кафедры. Каждый, кто заинтересован в предмете, сможет найти тему для исследования, проведения эксперимента и написания научной работы. Существует преемственность среди ребят кружка: они щедро делятся с вновь пришедшими своими впечатлениями, знаниями и опытом.



Спасибо преподавателям кафедры физики за то, что всегда верили в нас, передавали знания и помогали нам развиваться. Спасибо за Ваше терпение,

энтузиазм и мудрость. Под Вашим руководством мы прошли через все трудности, преодолели их и получили отличный старт для дальнейших свершений».

На сегодняшний день коллектив кафедры медицинской, биологической физики и высшей математики – коллектив единомышленников, коллектив высококвалифицированных преподавателей. Нынешнему составу кафедры вполне по силам не только сохранить хорошие традиции, но и двигаться дальше.

### **Источники и литература / Sources and references**

1. Музейный комплекс «Дорога памяти». – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://1418museum.ru/heroes/545019/> (Дата обращения: 02.03.2021).
2. Медакадемия, которую мы запомнили. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://gazeta.a42.ru/lenta/articles/69959-medakademiya-kotoruyu-my-zapomnili> (Дата обращения: 02.03.2021).

СМЕРДИНА Л. Н., СМЕРДИНА Ю. Г.

**ИСТОРИКО-АНТРОПОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ИЗУЧЕНИЯ  
ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ КЕМЕРОВСКОГО  
ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

*Кафедра ортопедической стоматологии*

*Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово*

SMERDINA L. N, SMERDINA J. G.

**HISTORICAL AND ANTHROPOLOGICAL CENTER  
FOR STUDY OF DENTOALVEOLAR SYSTEM  
KEMEROVO STATE MEDICAL UNIVERSITY**

*Department of Orthopedic Dentistry*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo*

*Аннотация:* В статье отражены периоды становления и работы историко-антропологического центра КемГМУ по изучению зубочелюстной системы с раннего средневековья до XXI века по краниологическому и клиническому материалам.

*Ключевые слова:* история, антропология, зубочелюстная система

*Abstract:* The article presents the stages of formation and work of KemSMU Historical and anthropological Center for study of dentoalveolar system of the period from Early Middle Ages through the 21st century using craniological and clinical data.

*Keywords:* history, anthropology, dentoalveolar system

**Цель исследования** – отразить работу центра по изучению антропологии зубочелюстной системы в историческом аспекте.

## **Материалы и методы исследования**

Использованы краниологические коллекции кабинета антропологии Томского государственного университета; клинический материал второй половины XX – начала XXI вв.

## **Результаты и их обсуждение**

Научный интерес к антропологическому изучению состояния зубочелюстной системы в историческом аспекте возник еще в самом начале становления кафедры ортопедической стоматологии Кемеровского государственного медицинского института (ныне университет).

Г. А. Кошкин, участвуя в археологических раскопках (1962-1965 гг.), проводимых археологами Кемеровского государственного университета под руководством А. И. Мартынова, получил уникальный материал о характере патологии зубочелюстной системы у населения тагарской культуры VII-II вв. до н.э.

Первые данные исследования опубликованы в 1965 году [1], а в 1971 году Г. А. Кошкин защитил диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук «Состояние зубов и челюстей древних жителей Южной Сибири (тагарская культура VII-II вв. до н.э.)».

В диссертации Г. А. Кошкиным доказано, что основные закономерности морфологического строения зубов и челюстей сохранились, но у современного человека уменьшились длина, высота и ширина нижней челюсти, без изменения ее интенсивного роста. Стоматологические заболевания у древних жителей Южной Сибири были те же, что и сейчас, но встречались они значительно реже. Например, только 5,0% составляла распространенность кариеса постоянных зубов [2].

Историко-антропологические исследования продолжила Л. Н. Смердина, изучавшая зубочелюстную систему коренной народности Кузбасса - бачатских телеутов, относящихся в генетическом плане к изолятам, ныне живущих и живших на территории Беловского района Кемеровской области [3].

Генетический анализ популяции оказался возможным благодаря краниологической коллекции, собранной А. Р. Кимом (Томский государственный университет) в той же самой местности, где бачатские телеуты проживали в конце XIX – начале XX века [5].

Изучение краниологического материала и клиническое исследование современных бачатских телеутов позволило выяснить этиопатогенез скученности зубов, доказать наследование мезиодистальных размеров зубов, в том числе увеличенных (макродентию); определить корреляционные зависимости тех параметров зубных рядов, их сегментов, апикального базиса, которые обеспечивают функциональную гармонию зубочелюстной системы; выявить «генетический груз» в популяции бачатских телеутов – макродентию. Доказанное наследование мезиодистальных размеров зубов в сочетании с инбридингом и

малочисленностью популяции способствовали концентрации признака макродентии и, как следствие, высокой распространенности зубочелюстных аномалий – 82,25% [3].

Параллельно с изучением коренного народа Кузбасса изучались европеоиды, проживающие на этой же территории, с целью установления количественных показателей основных антропологических параметров, при которых формируется ортогнатический прикус [3, 4].

С 1993 года к историко-антропологическим исследованиям подключилась Ю. Г. Смердина, изучавшая зубочелюстную северных хакасов, чулымских тюрков [6].

Затем исследования зубочелюстной системы проводились у шорцев [7].

Исследования Г. А. Кошкина, Л. Н. Смердиной и Ю. Г. Смердиной позволили проследить эволюционные изменения зубочелюстной системы и объяснить механизм резкого увеличения аномалий положения зубов у современного человека по сравнению с человеком, жившим 2,5-3 тысячи лет назад.

Механизм значительного роста количества аномалий положения зубов заключается в эволюционном уменьшении размеров челюстей при относительном постоянстве мезиодистальных размеров зубов, без существенных редуccionных процессов в них.

В этнических группах, где прослеживается увеличение мезиодистальных размеров зубов (макродентия), частота аномалий положения зубов еще более увеличивается.

Антропологические данные, собранные Л. Н. Смердиной и Ю. Г. Смердиной позволили определить параметры, при которых формируется ортогнатический прикус в этнических группах, проживающих на территории Кузбасса [8].

Раскрытие механизмов возникновения аномалий положения зубов при недостатке для них места в зубном ряду – дентального краудинга – позволяет проводить профилактические мероприятия на ранних стадиях формирования зубных рядов – в первой стадии сменного прикуса.

Более глубокая информация по выяснению механизмов возникновения зубочелюстной патологии получена при изучении состояния зубочелюстной системы у населения Кузнецкой котловины в эпоху средневековья, после исследования краниологического материала раскопок с территории Кемеровской области, где в настоящее время проживают бачатские телеуты [10].

В 2005-2006 годах проведено повторное клиническое обследование зубочелюстной системы бачатских телеутов и установлена распространенность основных стоматологических заболеваний в начале XXI века, что позволило проследить изменения в зубочелюстной системе на протяжении трех десятилетий [9].

## Выводы

Антропологические исследования с использованием палеокраниологического материала дают возможность установить изменения в зубочелюстной системе на протяжении длительного исторического периода; оценить эволюционные изменения; установить наследование морфологических признаков и определить их влияние на формирование зубочелюстной системы. Знание антропологии в историческом аспекте помогает в диагностике, профилактике и лечении пациентов с различной патологией зубочелюстной системы.

## Источники и литература / Sources and references

1. Миргазизов М. З., Кошкин Г. А. Состояние зубов и челюстей древних жителей Сибири // Материалы VII научной конференции Кемеровского мед. инст. и III конфер. стоматологов Кузбасса. – Кемерово. Вып. IV. 1965. С. 26 – 28.
2. Кошкин Г. А. Состояние зубов и челюстей древних жителей Южной Сибири (тагарская культура VII – II вв. до н.э.): дис. ... канд. мед. наук. – Кемерово, 1971. – 227 с.
3. Смердина Л. Н. Зубочелюстные аномалии у бачатских телеутов (клинико-биометрическое исследование): дис. ... канд. мед. наук. – Кемерово, 1983. – 216 с.
4. Смердина Л. Н. Морфометрия зубов и зубных рядов в диагностике зубочелюстных аномалий. Методы и нормативы. – Кемерово, 1989. – 29 с.
5. Смердина Л. Н., Кошкин Г. А., Ким А. Р. Мезиодистальные размеры зубов у бачатских телеутов (краниологический материал) // Археология Горного Алтая. Сборник научных статей. – Барнаул, 1994. – С. 8 – 11.
6. Смердина Ю. Г. Морфология зубочелюстной системы у коренных жителей Сибири (северных хакасов, чулымских тюрков): дис. ... канд. мед. наук. – Кемерово, 1997. – 139 с.
7. Смердина Л. Н., Смердина Ю. Г. Аномалии зубочелюстной системы у шорцев // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – Иркутск, 1999. №2(9). С. 105 – 107.
8. Смердина Л. Н., Смердина Ю. Г. Биологическая норма ортогнатического прикуса (монография). – М.: Медицинская книга, 2006. – 100 с.
9. Смердина Ю. Г., Смердина Л. Н. Распространенность основных стоматологических заболеваний у бачатских телеутов в конце XIX – начале XX вв. // Медицина в Кузбассе: Спецвыпуск № 2. – Кемерово: ИД «Медицина и Просвещение», 2009. С.170 – 171.
10. Смердина Ю. Г., Киселева Е. А., Рыкун М. П. Распространенность основных стоматологических заболеваний у жителей Кузнецкой котловины в эпоху средневековья // Dental Forum. 2016. №. 2. С. 2 – 7.

БАШКИРОВ Е. С., ЗВЯГИН С. П.

**ВРАЧЕБНАЯ ДИНАСТИЯ БАРБАРАШ**

*Кафедра истории*

*Кемеровского государственного медицинского университета, Кемерово*

BASHKIROV E. S., ZVYAGIN S. P.

**THE BARBARASH MEDICAL DYNASTY**

*Department of history*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo*

*Аннотация:* Старшие представители врачебной династии Барбараш были одними из первых выпускников КемГМИ, созданного в 1955 г. Затем в вузе учились их дети, внучка и правнучка. Представляет большой исследовательский и практический интерес изучение процесса воспитания в семье и формирования мотивации к выбору профессии врача последующими поколениями.

*Ключевые слова:* Барбараш, семья, обучение, научная работа, врач, воспитание, профессия, успех.

*Abstract:* Senior representatives of the Barbarash medical dynasty were among the first graduates of KemGMI, established in 1955. Then their children, granddaughter and great-granddaughter studied at the university. It is of great research and practical interest to study the process of upbringing in the family and the formation of motivation for choosing the profession of a doctor by subsequent generations.

*Keywords:* Barbarash, family, education, scientific work, doctor, education, profession, success.

**Цель исследования** – выявить, обобщить, проанализировать и представить опыт династии Барбараш по воспитанию в условиях семьи преемственности в овладении медицинской профессией.

**Материалы и методы исследования** – материалы для написания статьи выявлены в ведомственном музее, личном архиве, мемуарах, периодической печати, научно-исследовательских работах. Методы: сравнение, анализ, синтез, обобщение, историко-хронологический, проблемно-хронологический, историко-биографический.

**Результаты и их обсуждение**

Династия – это ряд поколений, передающих по наследству профессиональное мастерство [6, с. 198].

В центре нашего внимания – семья Барбараш: Леонид Семёнович, Нина Алексеевна (первое поколение), их дочери Ольга Леонидовна и Светлана Леонидовна (второе поколение), их внучки Ирина и Полина – дочери Ольги (третье поколение). Ирина закончила КемГМИ, сейчас она кандидат медицинских наук. Полина учится в нашем вузе.

Никто не станет отрицать, что многое закладывается и определяется той обстановкой, в которой рос и воспитывался человек [8, с. 12]. Не будет ошибкой сказать, что все мы – родом из детства. Родители и другие родственники, школа и вуз, друзья создали ту «матрицу», которая сформировала нас.



В частности, родители Н. А. Барбараш (в девичестве Перова – авт.) по-своему воспитывали детей. В семье их было семеро: Ангелина, Виктор, Борис, Надежда, Нина, Маргарита и Вера [18, с. 317]. В таком родственном окружении воспитывалась наша героиня.

Что бы прокормиться в семье было хозяйство. Труд мамы, особенно в годы Великой Отечественной войны (1941 – 1945 гг.), дети запомнили навсегда. Вообще Елизавета Ивановна была столпом семьи [18, с. 318 – 321].

По словам Н. А. Барбараш, даже обед в их доме был школой воспитания. В этой связи кажется любопытным следующий пример. Ольга, будучи в студенческом строительном отряде, взяла с собой на целое лето младшую сестру Светлану. Н. А. Барбараш считает, что на этот раз проявились кулинарные пристрастия от её мамы (Елизаветы Ивановны – авт.), которая считала кухню святым семейным местом [3, с. 52 – 53].

Детей в семье могли наказывать. Отец это делал редко и очень осторожно, зато мама наказывала более полновесно и «от души». На похоронах отца Н. А. Барбараш вспомнила его слова, наполненные смыслом: «Смотри, не задавайся» мир [3, с. 8 – 9, 11, 13 – 14].

В семье находили время для культурного досуга. Мама очень любила читать книги. Все в доме пели. Ю. А. Скударнов и Г. А. Ушакова считали, что Бог наградил семью Перовых абсолютным слухом и чудными голосами [18, с. 318].

Будучи студенткой Н. А. Барбараш руководила молодёжным ансамблем «Песня», – вспоминает её сокурсница и подруга Ирма Вайман, ныне живущая в Германии [1, с. 29].

Н. А. Барбараш жалеет, что сейчас нет новых песен о вузе, а старых не поют. Она до сих пор помнит «Песню о Кемеровском медицинском институте», написанную преподавателем Г. И. Ражевым:

«На месте, где дебри шумели когда-то,  
Где волны Томи под мостами бегут,  
Стоит над рекою, считая закаты,  
Наш молодой институт...» [3, с. 3 – 32].

Н. А. Барбараш признаёт, что истинную нравственную культуру дети получили именно от пения. Оно же и сплачивало семью. Нина Алексеевна пишет

о том, что мама и папа совместно и дружно создавали нам и себе семейное счастье [3, с. 5, 13]. Родителям удалось передать дочерям значимость поддержки в семье. Сестра Нины Алексеевны – Маргарита, которая тоже окончила КемГМУ, помогала воспитывать Полину – дочь Ольги Леонидовны [3, с. 16].

По словам Н. А. Барбараш, всё, что в ней есть хорошего: трудолюбие, честность, порядочность, скромность, ответственность, эмпатия – всё от её любимых родителей [3, с. 327]. Она признаёт: «Мои родители совместно дружно создавали нам и себе семейное счастье» [1, с. 29].

Сестра Н. А. Барбараш – Ангелина посвятила свою жизнь педагогике высшей школы. Она преподавала латинский язык в Томском государственном медицинском институте [3, с. 17, 21; 18, с. 323].

Н. А. Барбараш помнит о двух уроках своей школьной поры. В ходе общения с учителем математики, заслуженным учителем РСФСР А. К. Кирилловой она поняла, что «в педагогической работе не должно быть формализма даже в оценках». На выпускном экзамене по литературе на примере подруги Т. Шаповаловой, которая была дочерью высокопоставленного руководителя областного уровня (Шаповалов Владимир Семёнович в 1955 – 1960 гг. был председателем исполкома Кемеровского областного совета депутатов трудящихся [10, с. 449]) она убедилась в необходимости сосредоточенности. Эти качества ейгодились в жизни [3, с. 3 – 4].

Научная работа Н. А. Барбараш началась на ранних курсах. «В студенческие годы, – вспоминает она, – я переходила из одного научного кружка в другой. Мне нравилась исследовательская работа. Поэтому заканчивая учёбу в институте, согласилась на предложение об аспирантуре на кафедре нормальной физиологии, с которой я связала свою научную судьбу на всю жизнь» [11, с. 4 – 5].

Отличительными чертами Нины Алексеевны всегда целеустремлённость и трудолюбие. О. Л. Барбараш вспоминает о том, что как-то в ночь на Новый год она вышла из кабинета к семье. Они выпили по бокалу шампанского и она тут же вернулась дописывать главу диссертации. Мама, по её словам, всегда была на работе даже 31 декабря [3, с. 54 – 55].

Нина Алексеевна с теплотой вспоминает своих институтских наставников. Она считает, что в вуз её привёл Е. Д. Логачёв. Большое впечатление на неё оказали Е. И. Гонтарь, А. Л. Каганов, А. А. Кобылин, П. И. Сидоренко, Е. Н. Шерстенников, И. А. и Т. И. Шраеры [3, с. 22 – 25]. По прошествии лет она призналась: «Любовь моя – Академия» [1, 28].

Впоследствии уже о Нине Алексеевне Т. Гольцева напишет, что нашими вдохновителями и идеологами в нелегкой выездной работе были Н. А. Барбараш, которая предваряла нашу консультативную работу прекрасными лекциями о здоровом образе жизни и Л. С. Барбараш [7, с. 44].

Будучи эстетически и эмоционально одарённой, Н. А. Барбараш в своей педагогической деятельности уделяла большое внимание эстетическому

воспитанию будущих врачей. Она старалась использовать произведения русской поэзии в учебном процессе [5, с.16 – 20; 4, с. 52 – 54].

Нина Алексеевна не разочаровалась в своём многолетнем пристрастии. Недавно, писала она в 2009 г., знакомясь с одним из номеров психологического журнала, я с удивлением узнала, что приобщение к художественному творчеству ассоциируется с милосердием, состраданием [3, с. 23].

Н. А. Барбараш принимала активное участие в работе комсомольской организации студенчества. Она – первый (по хронологии – авт.) секретарь комитета ВЛКСМ (Всесоюзного Ленинского Коммунистического Союза Молодёжи – авт.) института [3, с. 29 – 30]. Она была принципиальной комсомолкой. Когда в 1958 г. на институтскую отчётно-выборную комсомольскую конференцию явилась несколько членов ВЛКСМ без комсомольских билетов, она их не пустила в зал. Среди них и был Леонид Барбараш [2, 12 марта].



*Рисунок 1. Н. А. Перова вторая слева*

Сегодня она жалеет, что в институте исчезла эта организация, которая нравственно воспитывала студентов, фактически учила жить по-христиански с уважением и любовью к людям [3, с. 31]. Н. А. Барбараш – первый Ленинский стипендиат (эта стипендия была в 2,5 раза обычной – авт.) вуза [18, с. 326]. Наградой Нине Перовой за активное участие в общественной жизни института стала поездка на VI-й Всемирный фестиваль молодёжи и студентов. Он проходил в Москве с 28 июля по 11 августа 1957 г. Неделю посланцы КемГМИ находились в столице. Эти дни оставили в душе Нины, впервые побывавшей в столице, незабываемые впечатления [17, с. 449 – 450].

Авторы воспоминаний тепло отзываются о Нине Перовой – своей однокурснице 1958 года поступления. Они называют её изящной и красивой [18, с. 233]. Примечательна судьба однокурсников Н. А. Барбараш. Так А. А. Луцик – доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки Российской Федерации, был директором ГИДУВа. Его сокурсница Лариса Потехина стала ему женой. Она – доцент, заслуженный врач Российской Федерации. Дочери Марина и Татьяна – врачи. В КемГМА училась и их внучка Елена. [1, с. 23].

Не менее примечательны другие её однокурсники и другие первые выпускники КемГМИ. Л. С. Барбараш и Н. Н. Иванец избраны академиком и членом-корреспондентом РАН соответственно. Доктор медицинских наук, профессор А. Я. Евтушенко был ректором КемГМА. Их сокурсники работают в Германии, США, ЮАР [1, с. 24 – 28].

Совместные студенческие годы им трудно забыть. В ноябре 1976 г. газета КемГМИ «Медик Кузбасса» сообщила читателям, о том, что более 20 лет продолжается прекрасная дружба Нины Перовой и Инны Любичивой: сначала двух студенток первого выпуска, а потом врачей [14, нояб.].

Выпускники первых лет надолго сохранили свою дружбу. С. Гончаренко помнит, как они отмечали 40 лет второму выпуску врачей. Праздник проходил в Кемеровской областной филармонии. Первый и второй выпуски оформили свое выступление в пионерской форме: черные юбки, мужчины в шортах. На всех белые рубашки, красные пилотки и пионерские галстуки. Среди однокурсников была и Нина Перова [9, с. 23]. Сценарий вечера, посвящённого 50-летию КемГМА, по воспоминаниям Т. Гольцевой, написал их однокурсник Ю. А. Скударнов [7, с. 44].

Глава семьи – Леонид (Барбараш – авт.), считает Нина Алексеевна, человек творческий, он решительно ломал свои стереотипы в мгновение, не колеблясь, если видел новое более правильное решение, и не только в личной жизни [3, с. 44].

Л. С. Барбараш во время учебы в клинической ординатуре испытал на себе могучее влияние ведущего кардиохирурга Кемеровской областной больницы А. С. Козлова. Первые свои шаги в хирургии сердца он сделал под руководством своего постоянного учителя Т. И. Шраера [15, с. 20].

Люди, хорошо его знающие говорят, что Л. С. Барбараш – неизменно требователен к профессиональному уровню коллег. Для молодых медиков он – строгий наставник, настоящий учитель [13, с. 21].

Нам оказались доступными некоторые сведения о супругах Л. С. и Н. А. Барбараш. Он родился не в рядовой день нашей страны – 22 июня 1941 г. [1, с. 8]. Молодые люди познакомились, будучи студентами КемГМИ. Тогда он учился на 1-м курсе, а она на 3-м. Леня, по её словам, был нестандартным парнем. Он мог проводить девушку из Кировского района, где проходили учебные занятия, в посёлок Южный, где она жила. Однажды зимой придя к её дому, он

долго ей свистел, но она не услышала. Леонид ушёл, так и не поднявшись к ней [3, с. 43]. Впоследствии о нём говорили: «Повезло в науке и везет в любви» [3, с. 19]. Мне трудно говорить утвердительно про первое. По-моему, это не везение, а многолетняя огромная работа.

Говоря о родителях, их дочь Ольга признаёт, что у них не было культа вещей, одежды. Они всегда жили в духовном мире и были очень азартными. Отец, вспоминает она, часто говорил: «Стрелять, так стрелять» [3, с. 54 – 55].

В воспитании дочерей примечателен эпизод с Ольгой, рассказанный Н. А. Барбараш. Однажды она заслужила быть наказанной. С этой целью отец посадил девочку на подоконник, запретив с него слазить. Сам же лёг на диван и вскоре уснул. Когда он проснулся, то девочка находилась на прежнем месте [3, с. 46]. По этому поводу можно делать разные комментарии. На наш взгляд, это пример дисциплинированности, без которой невозможно чего-либо добиться, в том числе и в науке.

Ольга позже вспоминала, что Леонид Семёнович тоже вырос как отец и больше так не наказывал [3, с. 62]. Более того, он постоянно помогал каждой из дочерей складывать свою собственную судьбу. Его заслуга в том, что обе девочки стали кардиологами, да ещё какими [3, с. 46].

Нина Алексеевна пишет, что Ольга под нашим влиянием без колебаний поступила в КемГМИ. Волнуясь за дочь, мама взяла на себя занятия в её студенческой группе, но помощь не понадобилась [3, с. 52]. О. Л. Барбараш благодарна маме за то, что она постоянно помогала в освоении профессии. Н. А. Барбараш была её научным руководителем, хотя формально им был профессор из Москвы. Имеется в виду известный московский кардиолог, доктор медицинских наук, профессор Михаил Яковлевич Руда (13 февраля 1940 – 10 февраля 2019 – авт.) [3, с. 57, 59 – 60].

Мать и дочь совместно работали со студентами, готовили аспирантов. По состоянию на 2009 г. О. Л. Барбараш была научным руководителем 38 кандидатских и научным консультантом 3-х докторских диссертаций [3, с. 60]. Сейчас О. Л. Барбараш – директор НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний. В 2016 г. она избрана член-корреспондентом РАН.

Несколько лет назад на консультации у О. Л. Барбараш был профессор КемГУ С. В. Макаrchук. Он сохранил об этом приёме самые положительные впечатления [12].

Она родилась, когда мама была на пятом курсе. Нина Алексеевна вспоминает, что она тогда ревела, а её сердце – разрывалось. По мнению Н. А. Барбараш, Ольге присущи такие ценные нравственные качества, как доброта, внимание к другим людям, дисциплинированность [3, с. 46]. Она очень терпеливая и самостоятельная [3, с. 52]. Старшая дочь очень внимательна к отцу [3, с. 44].

Ольга Леонидовна признаётся: «Если у меня случались какие-то успехи мама говорила, что я – Барбараш поэтому ко мне относятся снисходительно.

Теперь многие и здесь (в Кемерово – авт.) и в Москве понимают, что моя успешная научная деятельность – не родительский фон» [3, с. 57]. В этой связи уместно вспомнить слова её отца о зазнайстве.

Заслуживают внимания советы Нины Алексеевны в адрес младшей дочери – Светланы. Мама говорила ей: «учись держать себя в руках. Но чтобы ты не сделала, я всегда поддержу тебя». По нашему мнению, это у нее получилось. Н. А. Барбараш считает, что Светлана умеет учиться, кажется, что у неё нет нервов [3, с. 63 – 64]. Кроме того, Светлана оказалась очень принципиальным человеком. Её класс вынудил уйти из школы учительницу, которая, по их мнению, несправедливо поступила по отношению к их однокласснику [3, с. 67].

Мужем Светланы стал Дмитрий – тоже врач. Через полгода после окончания КемГМИ они решили уехать в США. Здесь в далёкой и незнакомой стране у них никого не было рядом. Однако они оба сдали два экзамена: на знание английского языка и по специальности. Супруги занимается профессиональной деятельностью. Светлана очень ценится как специалист. У них собственный дом в игровой столице США – Лас-Вегасе и неплохие доходы. Благодаря упорству моя девочка в чужой стране стала на собственные ноги.

Их дети – Дина и Филипп дома говорят только на русском языке. Светлана хорошо играет на гитаре и поёт [3, с. 46, 68, 70].

Мама с удовлетворением отмечает, что редкая дружба связывает двух сестёр. «Я вижу, – признаётся Н. А. Барбараш, – много своих просчётов, я не могу упрекнуть себя в том, что где-то в чем-то их неправильно воспитала» [3, с. 72]. О. Л. Барбараш. В свою очередь заметила: «К сожалению, к чужим (людям – авт.) мы порой добрее, чем к своим. Не миновала эту слабость и мама» [3, с. 57].

Несколько лет назад Н. А. Барбараш получила возможность проявить своё педагогический талант в отношении внучки Ирины. Ольга Леонидовна в 2009 г. писала о том, что общение с бабушкой в качестве педагога позволит Ирине ещё более трепетно к ней относиться [3, с. 61].

Заслуживает внимания следующие советы студентам профессора Н. А. Барбараш – человека, много лет проработавшего в КемГМУ. 1. Необходимо с первых дней учёбы поставить перед собой чёткую, ясную цель, создать сильную и прочную мотивацию обучения, то есть воспитать в себе стойкую потребность в учёбе, в получении квалификации врача или научного работника. 2. Очень важно подчинить этой главной цели всю свою жизнь в институте, уметь порой отказаться от соблазнительных занятий другого рода. 3. Следует привить у себя элементарно качество любого учащегося – умение сосредоточено слушать лектора, преподавателя и осмысливать сказанное ими. 4. Для успешного усвоения материала очень необходимо научиться выделять в нем главное. 5. Необходимо поддерживать мерность и ритм в работе работу постоянную, ежедневную, без изнуряющих перенапряжений. Наконец, профессор Н. А. Барбараш советует не забывать и обычные человеческие радости [3, с. 121 – 123].

Нельзя не обратить внимания на чрезвычайную сложность задач, которые ставит перед молодыми людьми их наставник. Однако без такой самодисциплины невозможно добиться сколько-нибудь значимого результата не в одной сфере человеческой жизнедеятельности.

### **Выводы**

Медицинская династия Барбараш свои высокие конкурентные преимущества (образование, воспитание, работа над собой, трудолюбие и дисциплина) превратили в высокие профессиональные показатели.

### **Источники и литература / Sources and references**

1. Барбараш Н. А. Как 5 лет назад я была пионеркой // Они были первыми – выпускники 1962-1964 годов (к 50-летию КемГМА) // под ред. Н. А. Барбараш и А. В. Сапожкова. – Кемерово, 2005.
2. Барбараш Н. А. Комсомольская юность моя // Медик Кузбасса. 1975.
3. Барбараш Н. Мир моего счастья. Страницы жизни. – Кемерово: ООО РИФ «ВЕСТЬ», 2009.
4. Барбараш Н. А., Васильева В. Н. Стратегия антистрессорной психологической защиты человека в поэзии А. С. Пушкина // Сибирский медицинский журнал. – 1999. – № 3 – 4.
5. Барбараш Н. А., Тарасенко Н. П. Поэзия и мотивация к изучению физиологии в медицинском вузе // Современные проблемы воспитательного процесса в вузе: сб. докладов регион. научно-практ. конф. (3 июня 2010 года). Вып. 2. – Кемерово: КемГМА, 2010.
6. Большой словарь иностранных слов / сост. А. Ю. Москвин. – М.: ЗАО Центрполиграф, 2006. – 816 с.
7. Гольцева Т. «Под знаком Гиги и Музы» // Барбараш Н. А. Как 5 лет назад я была пионеркой // Они были первыми – выпускники 1962 – 1964 годов (к 50-летию КемГМА) // под ред. Н. А. Барбараш и А. В. Сапожкова. – Кемерово, 2005.
8. Гомбожапов А. Д., Плеханова А. М. «По-настоящему молод или история о том, как ...» // Курас Леонид Владимирович: биобиблиографический указатель к 70-летию со дня рождения. – Иркутск: Оттиск, 2021. 176 с.
9. Гончаренко (Козина) С. Возвращение в пионеры // 40 лет второму выпуску врачей Кемеровской государственной медицинской академии (аргументы и факты). – Кемерово, 2003.
10. Депутатский корпус Кузбасса 1943 – 2003: биограф. справочник / авт. и сост. А. Б. Коновалов. Т. 2. «М – Я». – Кемерово: Кем. кн. изд-во, 2003.
11. Кемеровская династия врачей Барбараш // Медик Кузбасса. 2019.
12. Личный архив С. П. Звягина.
13. Ляхов И. Кузбасс. 2000.
14. Медик Кузбасса. 1976.

15. Медик Кузбасса. 1986.  
16. Музей истории КемГМУ.  
17. Полонский Д. Ф. Всемирные фестивали молодёжи и студентов // Большая Советская энциклопедия. 3-е изд. / Гл. ред. А. М. Прохоров. – М. : Советская энциклопедия, 1971. – Т. 5.  
18. Скударнов Ю. А., Ушакова Г. А. С добром к людям. – Кемерово: Кузбассвузиздат, 2012.

ГУКИНА Л. В.

**ИЗ ИСТОРИИ СОЗДАНИЯ ПЕРЕВОДНОГО АНГЛО-РУССКОГО  
МЕДИЦИНСКОГО ЭНЦИКЛОПЕДИЧЕСКОГО СЛОВАРЯ ДЛЯ ВРАЧЕЙ,  
НАУЧНЫХ РАБОТНИКОВ И СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ УЧЕБНЫХ  
ЗАВЕДЕНИЙ**

*Кафедра иностранных языков*

*Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово*

GUKINA L.V.

**FROM THE HISTORY OF THE INTERPRETED EDITION OF ENGLISH-  
RUSSIAN MEDICAL DICTIONARY FOR DOCTORS, RESEARCHERS AND MEDICAL  
STUDENTS**

*Department of Foreign Languages*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo*

*Аннотация:* В статье в историческом аспекте рассматриваются предпосылки и лексикографические источники, послужившие основой для создания первого издания переводного практико-ориентированного Англо-русского медицинского энциклопедического словаря, адресованного непосредственно врачам-практикам, научным работникам, студентам-медикам, всем работникам российского здравоохранения. Словарь используется в практике преподавания английского языка медицины в КемГМУ с 1995 года.

*Ключевые слова:* Словарь медицинских наук Данглисона, Практический медицинский словарь Стедмана, Англо-русский медицинский энциклопедический словарь.

*Abstract:* The article concerns the historical background and lexicographic sources of Dunglison's New Dictionary of Medical Science and Literature, Stedman's Medical Dictionary seen as the basis for the interpreted edition of the English-Russian Medical Dictionary for doctors, researchers, medical students, and all workers of the Russian healthcare system. The Dictionary has been used in teaching English of medicine in the KemSMU since 1995.

*Keywords:* Dunglison's New Dictionary of Medical Science and Literature, Stedman's Medical Dictionary, English-Russian Medical Dictionary.

Англо-русские медицинские словари 1958, 1969, 1988 и последующих годов издания, созданные коллективами российских авторов (Мультиановский М. П., Иванова А. Я., Акжигитов Г. Н., Бенимович М. С., Чикорин А. К.), явились

прочной учебно-методической основой для изучения оригинального англоязычного медицинского текста и преподавания английского языка медицины в отечественных медицинских вузах [4]. Появление в 1995 году словаря нового поколения – Англо-русского медицинского энциклопедического словаря – соответствовало ожиданиям медицинских специалистов, преподавателей и обучающихся высших медицинских школ, нуждающихся в современных справочных источниках, дающих возможность приблизить теоретические знания с медицинской практикой и методологически расширить процесс обучения будущих врачей [5].

**Цель исследования** – изучить роль англоязычных медицинских словарей, созданных американскими врачами-практиками, учеными в разных отраслях медицины и исследователями в области лексикографии Робли Данглисоном (1833, 1874) и Томасом Стедманом (1911 и др.) в создании переводного Англо-русского медицинского энциклопедического словаря (1995) для врачей, научных работников, студентов медицинских учебных заведений, всех работников российского здравоохранения.

#### **Материалы и методы исследования**

Методом исследования послужил анализ содержания переводного издания Медицинского словаря Стедмана – Англо-русского медицинского энциклопедического словаря издания 1995 года, используемого при обучении английскому языку медицины студентов в КемГМУ.

#### **Результаты и их обсуждение**

Современная популярная версия «Энциклопедического словаря Стедмана» берет начало от «Практического медицинского словаря», который был опубликован в 1911 г. компанией William Wood Company в Нью-Йорке. Работу по его созданию выполнил доктор Томас Стедман, выдающийся врач и ученый. Томас Стедман родился 11 октября 1853 года в городе Цинциннати, штат Огайо. По окончании среднего образования, он поступил в колледж Святой Троицы, который окончил в 1874 году со степенью бакалавра. В 1877 г. Стедман получил степень доктора медицины в Колумбийском университете, Нью-Йорк. Его литературный талант, интерес к исследованию языка, этимологии и лексикографии развивались на протяжении десяти лет работы в больнице Святого Луки и ортопедическом госпитале. Постдипломное образование Томас Стедман продолжил в колледже Святой Троицы, где в 1896 г. ему было присвоено звание член-корреспондента. В этом же году вышла в свет его книга «Современное греческое искусство» (New York, Harper Brothers). Вернувшись в Нью-Йорк, в 1897 году он стал главным редактором еженедельного медицинского журнала Medical Record, издаваемого William Wood & Company, и занимал этот пост в течение двадцати пяти лет.

Первым опытом в медицинской лексикографии для Стедмана стала совместная работа с Lea Brothers & Company над 23-м изданием медицинского словаря Данглисона, впервые опубликованного в 1833 г. [1]. Замечательный труд американского врача-физиолога стал существенной основой, предопределившей успех издания Стедмана. Робли Данглисон (4 января 1798 – 1 апреля 1869 гг.) был английским врачом, который переехал в Америку, чтобы поступить на первый факультет Университета Вирджинии. Он был личным врачом Томаса Джефферсона (губернатора Виргинии (1779–1781 гг.), первого государственного секретаря США (1789–1795 гг.), второго вице-президента (1797–1801 гг.) и третьего президента США (1801–1809) и считался «отцом американской физиологии». Робли Данглисон родился в Кесвике, Камбрия, Англия. Он изучал медицину в Лондоне, Эдинбурге и Париже. Степень доктора медицины он получил в Университете Эрлангена, Германия, в 1823 году. В 1824 году Томас Джефферсон и Совет попечителей Университета Вирджинии поручили Фрэнсису Уокеру Гилмеру найти профессора в Англии для нового университета. Гилмер предложил Данглисону должность профессора анатомии и медицины. Во время учебы в университете Данглисон опубликовал свой знаменательный труд «Физиология человека» (1832 г.), который закрепил за ним репутацию «отца американской физиологии». Общежитие Вирджинского университета было названо в честь Данглисона. В 1832 году Данглисон перешел в Мэрилендский университет. Три года спустя Данглисон стал заведующим Институтом медицины и медицинской юриспруденции в Медицинском колледже Джефферсона (JMC) в Филадельфии, где и провел остаток своей профессиональной карьеры. Среди опубликованных работ Данглисона представлены лексикографические труды – словари по медицинским наукам, этимологические словари терминов для работы с научной медицинской литературой: 1824 г. Комментарий о болезнях желудка и кишечника у детей; 1832 г. Физиология человека; 1833 г. Новый словарь по медицинской науке и литературе. Во 2-м (1839 г.), 3-м (1842 г.) и 5-м (1845 г.) изданиях на титульный лист был добавлен «Медицинский лексикон»; 1837 г. Студент-медик; или, помощь в изучении медицины; 1846 г. Новые средства правовой защиты. 5-е издание; 1874 г. Словарь медицинских наук. На титульном листе словаря обозначен перечень изучаемых терминологических групп: Dictionary of Medical Science: containing a concise explanation of the various subjects and terms of anatomy, physiology, pathology, hygiene, therapeutics, medical chemistry, pharmacology, pharmacy, surgery, obstetrics, medical jurisprudence, and dentistry; notices of climate, and of mineral waters; formulae for official, empirical, and dietetic preparations; with the accentuation and etymology of the terms, and the French and other synonyms.

Таким образом, у истока практико-ориентированного англоязычного этимологического словаря медицинской терминологии стояли лексикографические труды Робли Данглисона, профессора Института медицины и медицинской юриспруденции медицинского колледжа Джефферсона, штат

Филадельфия: A New Dictionary of Medical Science and Literature: containing a concise account of the various subjects and terms: with the synonymes in different languages: and formulae for various officinal and empirical preparations, &c. by Dunglison, Robley, Richard J. Dunglison, Philadelphia, 1833 и последующие издания (например, Robley Dunglison. Henry C. Lea, 1874 –Medicine – 1131 pages).

В процессе работы над изданием своего словаря доктор Стедман убедился в актуальности создания словаря совершенно другого качества, словаря нового поколения, способного решать расширенный ряд задач и запросов пользователей медицинского сообщества. Таким новшеством Стедман видел включение в словарь этимологического толкования медицинских терминов, поскольку уже на тот момент времени нарастала путаница в употреблении англоязычной медицинской терминологии, и необходим был инструмент для ее преодоления. Появившийся в 1911 г. «Практический медицинский словарь» был признан как ведущее издание, внесшее существенный вклад в развитие научной медицинской терминологии и языка. Доктор Стедман оставался редактором Словаря, работал над его улучшением до конца своей жизни (1938 г.), когда готовилось к выходу его тринадцатое переиздание. В годы экономической депрессии у William Wood Compaувозникли финансовые проблемы, и в 1932 году издательские права на Словарь были проданы компании Williams&Wilkins (группа Waverly), которая продолжила его издания.

Следует отметить, что прогресс, наблюдающийся в практической медицине и медицинской науке, нарастающие трудности в редактировании медицинского словаря, привел издателей к пониманию, что необходимо искать консультативную помощь у разных специалистов – ученых и практиков. В 1961 г. (после выхода 20-го издания) был создан редакторский совет, а в качестве консультантов выступали более 40 специалистов из научного и практического медицинского сообщества. Важно, что принцип коллегиальности был использован при издании англо-русского варианта толкового медицинского словаря. Работа, начатая доктором Стедманом, была переведена и дополнена российскими учеными. Группа казанских учёных во главе с профессором Э. Г. Улумбековым поставили перед собой чрезвычайно трудную задачу – выполнить перевод и редактирование словаря Стедмана с учетом традиций и ценностей отечественной медицины. Предпосылкой для создания словаря стало то, что в начале 1990-х гг. в России стала доступной разнообразная англоязычная литература, начали развиваться научные контакты с зарубежными медицинскими учреждениями, отечественные специалисты-медики получили возможность работать за рубежом. Необходим был новый, практико-ориентированный словарь. Поэтому была предпринята попытка объединить хорошо известные – филологический «Англо-русский медицинский словарь» под редакцией Г. Н. Акжигитова и трёхтомный справочник «Энциклопедический словарь медицинских терминов», то есть объединить в одном издании иногда существующие в независимости друг от друга англо- и русскоязычные

медицинские понятия и их трактовку. Поставленная задача решалась в рамках сотрудничества Издательства «ГЭОТАР» и компании Williams&Wilkins. Для перевода были использованы файлы Stedman's Concise Medical Dictionary (1994) и файлы только что вышедшего 26-го издания Stedman's Medical Dictionary (1995) [2]. Главным редактором Академиком РАМН А. Г. Чучалиным и научными редакторами профессором Э. Г. Улумбековым и д.м.н. О. К. Поздеевым была создана команда, в которую вошли 19 переводчиков (профессор А. А. Визель, доцент Я. М. Вургафт, А. З. Замалева, к.м.н. М. М. Ибатуллин, к.м.н. О. Ю. Корпухин, к.х.н. А. Ю. Леонтьев и др.), группа из 7 программистов (К. В. Абатуров, А. Г. Баранов, А. В. Волков, С. А. Делов и др.), техническая группа из 9 человек (С. Е. Горбунов, А. А. Дутов, О. В. Ключников, М. Б. Левитан и др.). Техническое содействие осуществляла Exotech group, AODATUM, АО «Крис». По мнению членов редакторской группы, наибольшей трудностью явилось приведение к адекватному виду терминов, обозначающих одно и то же понятие на английском и русском языках [3]. Действительно, в русскоязычной медицинской литературе имеются синонимы, эквиваленты которых в английском языке отсутствуют, и наоборот. Авторами было принято решение дополнять словарные статьи оригинала, снабдив дополненный текст, отсутствующий в оригинале, особым символом◊. Отдельное внимание получила работа с эпонимами, которые оформлены максимально приближенными к международным нормам с сохранением принятой в отечественной практике транскрипции и произношения имён и фамилий.

Термины в англо-русском медицинском энциклопедическом словаре расположены в алфавитном порядке английского языка. Каждому термину соответствует словарная статья, подчиненному термину – подстатья. В состав статьи (подстатьи) входят: термин на английском языке, транскрипция термина, его этимология, перевод термина на русский язык, специальные обозначения типа [NA] (Nomina Anatomica), [КФ] (Классификация Ферментов), краткие данные об авторе, упоминаемом в статье (подстатье), дефиниция. Если статья имеет несколько переводов термина и относящихся к ним дефиниций, то они нумеруются (разделы 1, 2 и т.д.). После дефиниции приводятся синонимы, даются сведения, отсутствующие в оригинале. В статье (подстатье) допускается использование аббревиатуры термина и перевода термина – первая буква с точкой (например, *abdomen* – *a.*, *живот* – *ж.*). Перед разделом иногда указывается область применения термина (например, *Анатомия*). Если в статье представлен перевод синонима, то он не обязательно совпадает с переводом термина в статье-синониме. Приведем пример статьи: **bi•o•mi•cros•co•py**(bī'ō-mī-kros'kō-pē) – **1. Биомикроскопия** *Микроскопическое исследование тканей организма* ◊↔*прижизненная микроскопия* **2. биомикроскопия** *глаза* *Исследование структур глаза с помощью целевой лампы, совмещенной с бинокулярным микроскопом.* Данная статья дает расширенное содержание медицинского термина: объясняет его прямое значение и разъясняет специфику термина в

медицинской практике. Трудно переоценить значение каждого из выделенных авторами специфических применений термина, как помощника, для студентов, изучающих английский язык медицины и для преподавателей, организующих процесс обучения будущих медицинских специалистов [6]. Важно и использование словаря в самостоятельной исследовательской работе обучающихся при изучении лексико-семантических особенностей медицинской лексики и терминологии [7].

### **Выводы**

Несомненно, словари разных годов изданий, созданные замечательными американскими врачами-практиками и учеными Робли Данглисоном и Томасом Стедманом, явились основой для создания первого переводного Англо-русского медицинского энциклопедического словаря. Это стало возможным в тесной кооперации американского и российского издательств Williams&Wilkins и «ГЭОТАР». Впервые практико-ориентированное назначение словаря было обозначено приоритетным. Словарь оказал существенную практическую помощь врачам-практикам, научным работникам, специалистам российского здравоохранения, а также преподавателям и студентам медицинских вузов.

### **Источники и литература / Sources and references**

1. A New Dictionary of Medical Science and Literature: containing a concise account of the various subjects and terms: with the synonyms in different languages: and formulae for various officinal and empirical preparations, &c. by Dunglison, Robley, Richard J. Dunglison, Philadelphia, 1833. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://archive.org/details/62650260RX2.nlm.nih.gov> (Дата обращения: 13.02.2021).
2. Stedman's Medical Dictionary by Stedman's, 26<sup>th</sup> Edition, 2030 pages, January 25<sup>th</sup>, published in 1995 by Lippincott Williams & Wilkins.– [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.goodreads.com/book/show/2723969-stedman-s-medical-dictionary> (Дата обращения: 13.02.2021).
3. Англо-русский медицинский энциклопедический словарь: Гл. ред. А. Г. Чучалин, науч. ред. Э. Г. Улумбеков, О. К. Поздеев – М.: ГЭОТАР, 1995. – 717 с.
4. Гукина Л. В. Технологии самостоятельной работы с иноязычным медицинским текстом. // Технологии организации самостоятельной работы обучающихся: материалы VIII Межрегиональной научно-методической конференции. – Кемерово: КемГМУ, 2016. – С.47-50.
5. Гукина Л. В., Личная Л. В. Проектная работа как технология организации самостоятельной работы студентов на продвинутом этапе обучения иностранному языку. // Технологии организации самостоятельной работы обучающихся: материалы VIII Межрегиональной научно-методической конференции. – Кемерово: КемГМУ, 2016. – С.50-52.

6. Гукина Л. В., Гушинец М. Ю. Обучение разным видам чтения иноязычных текстов в медицинском вузе для формирования общепрофессиональных компетенций. // Профессиональное образование: теоретические и прикладные аспекты лингводидактики/ под ред. Л. С. Зникиной.– Кемерово: КузГТУ, 2016.– С.80-84.
7. Гукина Л. В. Семантическая классификация английских и русских глаголов со значением «Расположение в пространстве» // Диссертация на соискание ученой степени кандидата филологических наук / Кемеровский государственный университет, Кемерово. 1997. – С.139-186.

САДЫКОВА Д. О.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ  
ТЕХНОЛОГИЙ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ**

*Кафедра анатомии*

*Медицинского университета Семей, г. Семей, Республика Казахстан*

SADYKOVA D. O.

**THE USE OF MODERN EDUCATIONAL TECHNOLOGIES IN MEDICAL  
EDUCATION**

*Department of anatomy*

*Semey Medical University, Republic of Kazakhstan*

*Аннотация:* Современные образовательные технологии - средство инновационного пути развития высшего медицинского образования, которое должно соответствовать запросам современной медицины и общества в целом.

*Ключевые слова:* медицинское образование, современные технологии

*Abstract:* Modern educational technologies are a means of an innovative way of developing higher medical education, which must meet the needs of modern medicine and society as a whole.

*Keywords:* medical education, modern educational technologies

**Цель исследования**

Внедрение новых образовательных технологий является требованием современности. Современному обществу необходимы образованные, квалифицированные специалисты, отличающиеся мобильностью, динамизмом, конструктивностью, уважающие культуру, научные достижения, традиции других народов. В структуре системы высшего медицинского образования произошли значительные изменения.

**Материалы и методы исследования**

В условиях постоянного увеличения объема информации, необходимой будущему врачу, а также дефицита учебного времени, кафедра Анатомии НАО

«Медицинский университет Семей», совершенствует процесс обучения по следующим направлениям: активизация самостоятельной работы студентов при подготовке к практическим занятиям, использование быстрых и эффективных технологий проверки знаний, внедрение инновационных и интерактивных форм обучения. Теперь для преподавателя недостаточно быть компетентным в области своей специальности и передавать огромную базу знаний студентам, использование активных подходов является наиболее эффективным способом обучению студентов. При использовании разных методов обучения у студентов появляется возможность более глубоко изучить анатомию, рассмотреть практическую значимость, с учетом включенности в процесс познания всех студентов группы без исключения. Совместная деятельность означает, что каждый вносит свой особый индивидуальный вклад, в ходе работы идет обмен знаниями, идеями, способами деятельности, обязательной обратной связи. Организуются индивидуальная, парная и групповая работа, используются разные инновационные методы обучения. Особенностью работы со студентами при решении клинического случая заключается в том, что необходимо вовлечь всех студентов в обсуждение проблемы, создать такую рабочую атмосферу, при которой мнение каждого, даже ошибочное, будет принято на рассмотрение всей группы. В данной ситуации преподаватель выступает не как источник информации, а как координатор познавательной деятельности студентов. Учебный процесс может быть нацелен на достижение конечных результатов в том случае, если созданы условия, которые мотивируют студентов быть готовыми и активно включаться в дискуссии и обмен мнениями.

Среди возможных путей интенсификации обучения анатомии, равно как и другим дисциплинам, в медицинском вузе следует отметить в первую очередь применение интерактивных методов обучения и возможностей мультимедиа и Интернета. Интерактивные методы традиционно использовались в ходе учебного процесса по нашей дисциплине в силу ее специфики и направленности на взаимодействие коммуникантов в режиме диалога или полилога [1]. Другое дело, что в последнее десятилетие расширился диапазон интерактивных профессионально-ориентированных методов: стали уже привычными метод проектов, кейс-стади и т.д. Методика использования инновационного способа организации учебного материала и инновационных дидактических средств позволяет более интенсивно развивать креативный потенциал личности [2]. Смена информационно-объяснительного обучения к инновационно-действенному связана с использованием новых технологий, электронных учебников, видеоматериалов, фотоматериалов, интернета.

В НАО «Медицинский университет Семей» кафедры анатомии, гистологии, биохимии, биофизики и физиологии на первом курсе факультета «Общая медицина» объединены в один коммити «Костно-мышечная система». Нашими сотрудниками активно внедряются инновационные методы обучения, в частности, элементы PBL, TBL в образовательный процесс. На нашей дисциплине

широко используются интегрированные междисциплинарные кейсы, ситуационные задачи, практический экзамен, проводится интегрированное формативное тестирование.

Суть инновационных методов состоит в том, чтобы организовать учебный процесс в форме диалога, что поможет студентам научиться выражать свои мысли, анализировать проблемные ситуации и находить эффективные пути их решения. Такие методы позволяют повысить уровень образования, развивают студентов, формируют навыки и умения, которые будут использоваться ими в дальнейшей профессиональной деятельности. Эффективность инновационной деятельности зависит от многих факторов, но одним из ведущих является развитие способностей педагогов к ее осуществлению. Главное условие успешного обучения – это интерес, интерес к изучаемой дисциплине и к своей будущей специальности [3].

Применение новых технологий на разных этапах занятия помогает сделать его эффективным, результативным, а процесс получения знаний – продуктивным. Правильное сочетание традиционных и инновационных методов обучения помогает развитию познавательных интересов и творческих способностей студентов, их своевременной конструктивной подготовке к будущей практической работе.

### **Результаты и их обсуждение**

Организация подготовки специалистов-медиков должна соответствовать запросам современной медицины и общества в целом. При этом реформирование медицинского образования не должно и не может ограничиваться только изменением структуры учебных планов и программ. При системной подготовке высококвалифицированного врача, модернизация и совершенствование медицинского образования требует использования в учебном процессе современных концепций, технологий, активных и интерактивных методов обучения, системы оценки знаний и навыков студентов [4]. Все это должно быть направлено на формирование всесторонне развитого специалиста-медика, готового к осознанному саморазвитию, профессиональному росту, обладающего качественными знаниями, демонстрирующего аналитические умения и навыки научных исследований.

### **Выводы**

Таким образом, инновационные технологии, которые мы рассмотрели, существенно обогащают методы работы со студентами. На смену монотонной работе приходит интеллектуальный творческий поиск, в процессе которого формируется личность нового типа, активная и целеустремленная, ориентированная на постоянное самообразование и развитие.

### **Источники и литература / Sources and references**

1. Похолков Ю. Опора на семь принципов. Критерии университетов инновационного типа с точки зрения профессионалов высшей школы // Поиск. – 2006. – № 1-2.
2. Екжанова Е. А., Резникова Е. В. Основы интегрированного обучения. Пособие для вузов. – М.: Дрофа, 2008. – 210 с.
3. Маль Г. С., Полякова О. В., Дородных И. А. Использование современных информационных технологий при обучении в медицинском вузе // Современные наукоемкие технологии. – 2014. – № 12-1. – С. 67-68
4. Абдрахманова О. Р., Хасанова С. Ф. Современные информационные технологии как средство формирования профессиональных компетенций в медицинских колледжах // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2016. – Т. 46. – С. 4–7.

**РАЗДЕЛ IV.  
«МАТЕРИАЛЫ ПЛЕНАРНОГО ЗАСЕДАНИЯ»**

ЗВЯГИН С. П.

**СОСТОЯНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЩЕГЛОВСКОМ УЕЗДЕ ТОМСКОЙ  
ГУБЕРНИИ ПРИ АНТИБОЛЬШЕВИСТСКИХ ПРАВИТЕЛЬСТВАХ  
(1918 – 1919 гг.)**

*Кафедра истории*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово*

ZVYAGIN S. P.

**STATE OF HEALTH CARE IN SHCHEGLOVSKY UYEZD OF TOMSK  
PROVINCE UNDER THE ANTI-BOLSHEVIK GOVERNMENTS (1918 – 1919)**

*Department of history*

*Kemerovo state medical University, Kemerovo*

***Аннотация:** Статья посвящена различным аспектам организации здравоохранения в Щегловском уезде Томской губернии в условиях Гражданской войны (1918 – 1919 гг.). Особое внимание уделено борьбе медиков с инфекционными заболеваниями. Показаны роль и место органов местного самоуправления в охране здоровья населения.*

***Ключевые слова:** здравоохранение, врач, Гражданская война, Щегловский уезд, больница, финансирование, ремонт.*

***Abstract:** The article is devoted to various aspects of health care organization in Shcheglovsky uyezd of Tomsk province in the conditions of the Civil War (1918-1919). Special attention is paid to the fight of physicians against infectious diseases. The role and place of local self-government bodies in public health protection are shown.*

***Keywords:** health care, doctor, civil war, Shcheglovsky district, hospital, financing, repair.*

**Цель исследования** – выявить, обобщить, проанализировать и представить деятельность органов местного самоуправления и здравоохранения по оказанию медицинской помощи населению Щегловского уезда Томской губернии в условиях Гражданской войны (1918 – 1919 гг.).

**Материалы и методы исследования**

Материалы для написания статьи выявлены в трёх архивах (одном федеральном и двух субъектов) Российской Федерации, периодической печати тех лет, научно-исследовательских работах. Методы: сравнение, анализ, синтез, историко-хронологический.

**Результаты и их обсуждение**

По дате создания этого административно-территориального образования в составе Томской губернии есть расхождения. Во время «первой» советской

власти, 9 мая 1918 г. уездный съезд принял решение об образовании Щегловского уезда [26, с. 46].

Через несколько дней к власти в Сибири пришли антибольшевики. Постановлением Совета Министров Временного Сибирского правительства № 135/43 от 28 июля 1918 г. было утверждено постановление управляющего МВД от 21 июля о создании Щегловского уезда [5, л. 195].

Положение здравоохранения на территории названного уезда Томской губернии в 1918 – 1919 гг. ещё не стало предметом изучения специалистов.

Документальная база для исследования этой темы ещё не выявлена. Нет сведений, характеризующих состояние здравоохранения в Щегловске, в вышедшем недавно сборнике документов, подготовленном сотрудниками тогда ещё Государственного архива Кемеровской области (ныне Государственный архив Кузбасса – авт.) [21, 180 с.].

Среди немногих источников личного происхождения своей информативностью отличаются воспоминания дочери щегловского купца того времени Н. Вейса – З. Н. Сайдашевой. Они были записаны в 1961 г. в Новосибирске С. М. Соколовской. В настоящее время материалы хранятся в фондах Кузбасского государственного краеведческого музея. [13, с. 273]. Однако темы здравоохранения автор воспоминаний коснулся лишь мельком, упомянув, о том, что в Щегловске в 1919 г. после ранения лечился её муж [24, с. 282].

Не далеко продвинулись и исследователи. В фундаментальном труде «История Кузбасса» есть вторая глава «Кузбасс в годы гражданской войны». Однако темы здравоохранения она не касается [10, с. 273 – 315]. Летописец Кемерова (название Щегловска в наши дни – авт.) И. А. Балибалов также обошёл этот вопрос вниманием [1]. Нет информации об антисанитарии и инфекционных заболеваниях ни об одном из кузбасских городов (Кузнецк, Мариинск, Щегловск) в специальной главе объёмистой книги В. Г. Кокоулина [12, 385 с.]. Не рассматривали эту тему и такие исследователи как Н. Б. Мелянченко, Ю. П. Горелов [17, с. 226], С. В. Макачук [15, с. 134 – 138] и др. [11].

Только в монографии С. П. Звягина есть сведения о состоянии здравоохранения на территории современной Кемеровской области в указанное время [9].

Следует отметить, что в то время, в соответствии с нормами императорской России, здравоохранение оставалось в ведении органов местного самоуправления [19, с. 13]. Полученные нами сведения дают возможность рассмотреть некоторые проблемы, с которыми столкнулись в то время органы местного самоуправления и медицинские учреждения.

Основной проблемой являлось финансирование. Мы не располагаем сведениями о его размере в отношении Щегловского уезда. Укажем лишь то, что только на второе полугодие 1918 г. расходы Мариинского уездного земства на эти нужды составили 286,6 тыс. руб. Для сравнения на народное образование

равнялись 1,36 млн. руб. [23, 8 авг.] Здесь необходимо учитывать то обстоятельство, что новый уезд был существенно малочисленнее названного.

Земство занималось строительством и укреплением материальной базы учреждений здравоохранения. Так 8 июля 1919 г. Щегловская уездная земская управа постановила начать ремонт здания щегловской больницы. Весь объём работ было решено сдать на условиях подряда. Для этого на 20 июля в 9 часов утра назначили торги в помещении управы. Для обеспечения должного конкурса решили объявления о торгах разослать по всем волостным управам уезда для оповещения и расклеить на видных местах по городу Щегловску и селам. На ремонт земское собрание ассигновало 36 тыс. руб. [3, л. 19 – 19 об.].

Накануне зимы – 16 сентября 1919 г. важное решение приняла Щегловская уездная земская управа. Речь идет о капитальном ремонте 10 печей в Щегловской лечебнице. Десятнику дорожно-строительного отдела управы Иосифу Алексеевичу Новикову поручили нанять печника. Чуть позже – 28 октября 1919 г. управа установила предельную плату, привлеченным рабочим: столяру – 75 руб. в день, чернорабочему (мужчине – 50, женщине – 45), конопатчику – 70 руб. Возчику полагалось 15 руб. за воз [3, лл. 84 – 84 об., 134].

Распространение инфекций заставило 25 сентября 1919 г. Щегловскую уездную земскую управу направить телеграмму Томской губернской санитарной комиссии. В ней сообщалось о том, что земцы 21 сентября 1919 г. решили за счет казны приступить к постройке заразных больниц, по пять коек каждая и площадью 15 кв. сажень. Земцы просили об отсылке денег и обещали тут же приступить к строительству [3, л. 113 – 113 об.].

Важной проблемой стала в условиях войны, когда врачей мобилизовали на фронт стали кадры. Тяжелая ситуация сложилась в поселке Яшкино. 6 апреля 1919 г. военный министр доложил председателю Совета министров о том, что врачебная помощь на заводе товарищества «Сибирцемент» осуществляется единственным врачом – Ильёй Семёновичем Славиным. Он обслуживал не только заводскую больницу, но и заразные бараки. Более 2 тыс. рабочих и членов их семей, по мнению министра, оказались лишены нормальной врачебной помощи. Высокопоставленный омский чиновник признал необходимым наличие дополнительного персонала [6, л. 16].

Земство принимало меры по преодолению нехватки медицинских работников в условиях войны. Во-первых, 19 января 1919 г. Щегловская уездная земская управа опубликовала в одной из томских газет приглашение на работу в Щегловскую участковую больницу врача-хирурга с окладом 6 тыс. руб. в год. Тогда же в Брюхановскую больницу подыскивали школьного фельдшера и акушерку с окладом по 4, 5 тыс. руб. в год [8, 19 янв.].

Во-вторых, земство старалось в условиях большой инфляции финансово поддержать кадры медиков. 23 сентября 1919 г. Щегловская уездная земская управа постановила выдать процентную прибавку к основному окладу жалования, временно-состоящему на должности фельдшера В. Ю. Хомутову. Таким образом,

в материальном плане он стал наравне с персоналом, состоящим на постоянной службе [3, л. 99 – 99 об.].

2 октября 1919 г. постановлением Щегловской уездной земской управы фельдшер А. И. Алексеев временно зачислен при Щегловской больнице со 2 октября. Ему был положен оклад, присвоенный школьному фельдшеру с существующими прибавками на дороговизну [3, л. 114 – 114 об.].

Медицинская помощь немыслима без использования лекарств. Органы местного самоуправления старались обеспечить лечебные учреждения медикаментами. Так 22 августа 1919 г. на заседании Щегловской уездной земской управы был заслушан заведующий врачебно-санитарным бюро И. Н. Тихомиров. Речь шла об отпуске средств на приобретение медикаментов. Было решено уплатить аптекарскому складу переселенческого управления на приобретение медикаментов для больниц уезда – 25 тыс. руб. и 5 тыс. – для ветеринарных лечебниц [3, л. 34 – 34 об.].

Некоторое представление о состоянии здравоохранения в уезде дают записи в метрической книге Никольской церкви Щегловска за январь 1919 г. В тот месяц родилось 67 детей, в т. ч. мальчиков 29, девочек 38 [14, с. 34].

Нам известно имя ребёнка, родившегося годом ранее – 23 февраля 1918 г. [16, с. 13]. Им оказался Василий Дмитриевич Фёдоров, ставший впоследствии известным поэтом, лауреатом Государственных премий СССР и РСФСР имени М. Горького. В советское время его день рождения совпадал с Днём создания Красной армии. Будущий поэт родился в лечебнице Геннадия Алексеевича Бухвостова, построенной в 1913 г. в селе Усть-Истикимское. Сохранилась фотография этого здания [18].



*Рисунок 1. Сельская Усть-Истикимская лечебница – открыта молодым врачом Геннадием Александровичем Бухвостовым в 1913 г. Здесь 23 февраля 1918 г. родился поэт В. Д. Фёдоров.*

Есть сведения и о смертности среди жителей уездного города. В июне 1919 г. в метрических книгах той же Никольской церкви были указаны следующие причины смерти (орфография подлинника – авт.): от поноса 17; от оспы 13; от слабости рождения 5; от тифа 3; от воспаления лёгких и утонули в колодце по 2; от кори, по болезни желудка, от родов, от порока сердца, от рвоты и от гнойной болезни по одному [14, с. 34].

Серьёзным испытанием для органов местного самоуправления и работников здравоохранения стали инфекционные заболевания, В частности, речь идёт об эпидемии сыпного тифа, охватившая тогда всю Россию.

По сведениям Г. Х. Риппа, по восьми губерниям Сибири с июля 1918 – по июль 1919 г. было учтено 131866 случаев заболевания тифом. Но настоящая эпидемия разразилась осенью 1919 г. Тогда только за сентябрь было зафиксировано 20 тыс. заболевших [22, с. 13]. По мнению В. Г. Кокоулина, среди заболеваний первенствовал тиф [12, с. 164]. Так в Сибири с 15 по 22 ноября 1918 г. тифом болело 697 человек, с 22 по 30 ноября – 849, а с 1 по 7 декабря – 871 [20, 15 и 29 апр.].

В. М. Рынков пришёл к обоснованному выводу о том, что именно армия стала главным источником заразных болезней. Военная медицина, по его мнению, не справлялась [23, с. 354].

Томская губерния не являлась исключением. К началу сентября 1918 г. в Томской губернии было зарегистрировано 17 эпидемий, из них в Томском уезде – 8, в Каинском – 7 и Кузнецком – 2 [20, 3 сент.].

В начале марта 1919 г. во Вновь-Стрелинской волости Щегловского уезда были зарегистрированы заболевания сыпным тифом, особо в поселке железнодорожной станции Топки [2, 17 марта].

Кроме тифа, было отмечено заболевание оспой. В феврале 1919 г. на Кемеровском руднике зарегистрировали 23 случая оспы. Шесть заболевших умерло [2, 14 февр.]. Кроме этого, газеты сообщали о заболеваниях, по которым из-за отсутствия специалистов не были даже поставлены диагнозы.

Тяжёлая ситуация с инфекционными заболеваниями была прямым образом связана с санитарным состоянием населенных пунктов. Благоустройство нашего государства описано ещё Н. В. Гоголем в первой половине XIX в. Его описание миргородской лужи стала классикой отечественной литературы [7].

В нашем случае ситуацию с инфекционными заболеваниями усугубляла антисанитария. В начале мая 1919 г. одна из томских газет опубликовала письмо своего читателя из Щегловска. Он писал: «по части «санитарии», бесспорно, мы ушли вперед, т. к. проход и проезд по улицам местами совершенно невозможен, а отсутствие тротуаров не дает надежды на улучшение» [25, 9 мая]. Эти слова оказались пророческими. Та же газета, но уже в начале октября 1919 г. сообщала, что в городе «грязь непролазная» [25, 8 окт.]. В конце декабря 1919 г. в уезде была установлена Советская власть.

## Выводы

В условиях военно-революционного времени в здравоохранении Сибири были сохранены прежние: система организации и управления, материальная часть, медицинские кадры. В этот период медики не только имели дело с «обычными» заболеваниями. Серьёзным вызовом стала эпидемия тифа. Земство и врачи противодействовали ему. Можно предположить, что отечественное здравоохранение извлекло из этого соответствующие уроки. Эпидемиологическая ситуация на фронте и в тылу в годы Великой Отечественной войны (1941 – 1945 гг.) была совершенно иной.

## Источники и литература / Sources and references

1. Балибалов И. А. Кемерово: вчера, сегодня завтра. – Кемерово: Кем. кн. изд-во, 1976. – 184 с.
2. Вестник Томской губернии. 1919.
3. Государственный архив Кузбасса (ГАК). Ф.Р. – 629. – Оп. 1. – Д. 6.
4. Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ). Ф. 147. – Оп. 1. – Д.1а.
5. ГАРФ. Ф. – 176. – Оп. 1. – Д. 72.
6. Государственный архив Томской области (ГАТО). Ф. 1362. – Оп. 1. – Д. 72. – Л. 16.
7. Гоголь Н. В. Миргород // Гоголь Н. В. Собрание сочинений в девяти томах. Т. 2. – М.: Русская книга, 1994.
8. Голос Сибири (Томск). 1919.
9. Звягин С. П. Кузбасс в годы Гражданской войны. – Омск: Омская академия МВД РФ, 2007.
10. История Кузбасса. Ч. 3 / глав. ред. А. П. Окладников. – Кемерово: Кем. кн. изд-во, 1970. – 224 с.
11. Кемерово: фотоальбом / издание, дизайн и фотографии Ю., Д. и К. Сергеевых. – Новосибирск: ООО «Вояж». Б. д.
12. Кокоулин В. Г. Повседневная жизнь горожан Сибири в военно-революционные годы (июль 1914 – март 1921 г.). – Новосибирск, 2013.
13. Кузнецова Л. Ф. Воспоминания З. Н. Сайдашевой как пример устной истории // Балибаловские чтения: Материалы седьмой научно-практической конференции, посвящённой 95-летию городского статуса Кемерово. Июнь 2013 г. / ред. кол. Н. С. Бледнова и др. – Кемерово: Примула, 2013.
14. Лопатин А. А. Была ли сожжена церковь в Щегловске? (мифы и реальность) // Балибаловские чтения. Вып. 5. Материалы пятой научно-практической конференции, посвящённой 90-летию города Кемерово. Кемерово, июнь / ред. кол. В. И. Безматерных и др. – Кемерово: АРФ, 2008.
15. Макаручук С. В. Социалисты на востоке России: политическая культура компромисса накануне и в начале Гражданской войны // Вестник

- Кемеровского государственного университета культуры и искусств. –2013. – № 23.
- 16.Махалова Т. И. Только свет и слово. О поэте Василии Фёдорове. Воспоминания. Статьи. – Кемерово: Кемеровское отделение Союза писателей России, 2018.
  - 17.Мелянченко Н. Б., Горелов Ю. П. Здравоохранение // Историческая энциклопедия Кузбасса. Т. 1 / Ред. Г. Г. Халиулин, В. П. Машковский. – Познань: Штама, 1996.
  - 18.Мемориальная комната В. Д. Фёдорова в Государственной научной библиотеке Кузбасса имени В. Д. Фёдорова
  - 19.Мышанский А. А. Органы местного самоуправления Сибири в период гражданской войны (июнь 1918 – январь 1920 г.): автореф. ... канд. ист. наук. – Омск, 2003.
  - 20.Народная газета (Томск). 1918.
  - 21.Первые шаги города: сб. док. мат-лов / сост. А. М. Адаменко, Е. Н. Москвина. Кемерово, 2018.
  - 22.Рипп Г. Х. Советская военная медицина во время гражданской войны и интервенции в Сибири (1918 – 1922 гг.). – Новосибирск, 1987.
  - 23.Рынков В. М. Социальная политика антибольшевистских режимов на востоке России (вторая половина 1918 – 1919 г.). – Новосибирск, 2008.
  - 24.Сайдашева З. Н. Щегловск в начале XX века // Балибаловские чтения: Материалы седьмой научно-практической конференции, посвящённой 95-летию городского статуса Кемерово. Июнь 2013 г. / Ред. кол. Н. С. Бледнова и др. – Кемерово: Примула, 2013.
  - 25.Сибирская жизнь (Томск). 1919.
  26. Усков И. Ю. Кемерово: формирование территории и населения областного центра. – Кемерово: Кузбассвузиздат, 2001.

КУВШИНОВ Д. Ю.

**ОСНОВНЫЕ ВЕХИ РАЗВИТИЯ НАУЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ НАПРАВЛЕНИЙ В  
КЕМГМУ**

*Кафедра нормальной физиологии*

*Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово*

KUVSHINOV D. Y.

**MAIN MILESTONES OF DEVELOPMENT OF SCIENTIFIC MEDICAL DIRECTIONS  
IN KEMGMU**

*Department of Normal Physiology*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo*

*Аннотация:* Кемеровский государственный медицинский университет является одним из ведущих медицинских научных центров Кузбасса. Основными задачами научной деятельности КемГМУ являются проведение научных исследований по актуальным проблемам медицины и здравоохранения с подготовкой (воспитанием) научных кадров, формированием научных направлений. В университете функционируют многочисленные научные школы, которые внесли существенный вклад в развитие здравоохранения Кузбасса, а научные разработки широко известны как в России, так и за рубежом.

*Ключевые слова:* медицинская наука, Кемеровский государственный медицинский университет, научная школа

*Abstract:* Kemerovo State Medical University is one of the leading medical research centers in Kuzbass. The main tasks of the scientific activity of Kemerovo State Medical University are to conduct scientific research on current problems of medicine and healthcare with the training (education) of scientific personnel, and the formation of scientific directions. The university has numerous scientific schools that have made a significant contribution to the development of Kuzbass health care, and scientific developments are widely known both in Russia and abroad.

*Keywords:* medical science, Kemerovo State Medical University, scientific school

Кемеровский государственный медицинский институт со времени своего основания стал одним из медицинских научных центров Кузбасса, а успешная взаимная интеграция с базовыми медицинскими организациями позволила здравоохранению Кузбасса достичь больших успехов в деле обеспечения региона высококвалифицированными врачебными кадрами, разработки и внедрения передовых диагностических и лечебных технологий. Приоритетными научными направлениями были разработки специфических медицинских проблем региона. Формирование научного кадрового потенциала, становление научных направлений и школ обеспечили устойчивое развитие медицинской науки Кемеровской области. При реализации этих задач особое внимание обращалось на кадровый потенциал – увеличение числа докторов и кандидатов наук, формирование самостоятельных научных школ и направлений. Сегодня в вузе трудятся 72 доктора и 168 кандидата наук.

Первым, кто отвечал за состояние научно-исследовательской работы в КГМИ, была доцент Евгения Ивановна Гонтарь-Замотринская, занимавшая должность заместителя директора по научно-учебной работе. С 1962 г. эти обязанности были разделены и введена должность проректора по науке. Первым проректором – до 1982 г. – был доцент Арнольд Львович Каганов. В дальнейшем на этой должности трудились профессор, заслуженный деятель науки Виктор Николаевич Дроздов (1982–1989), профессор Анатолий Павлович Михайлуц (1989–1992), профессор Константин Георгиевич Громов (1992–1998), профессор Владимир Георгиевич Абалмасов (1998–2001), в 2001–2005 гг. – вновь профессор Анатолий Павлович Михайлуц. С 2005 г. в вузе вводится должность проректора по научно-исследовательской и лечебной работе, на которую назначен профессор Валерий Иванович Подолужный (2005–2011). В дальнейшем эту должность занимали профессор Татьяна Владимировна Попонникова (2011–2018), профессор

Елизавета Николаевна Гуляева (2018–2020). В настоящий момент проректором по научной, лечебной работе и развитию регионального здравоохранения является Татьяна Владимировна Пьянзова.

Научная работа кафедр в период становления медицинского института определялась направлениями тех научных школ, выходцами из которых были первые сотрудники. Первыми докторскими диссертациями, которые были защищены сотрудниками КГМИ, были диссертации П. И. Бучина, В. В. Гацурь, Е. В. Гуровой, А. А. Короленко, В. В. Каминского, С. Н. Праведникова, С. П. Сендерихина. Первыми выпускниками КГМИ, защитившими докторские диссертации были А. В. Сапожков (1974 г.), Ф. А. Пятакович (1976 г.), А. А. Луцик (1981 г.), А. П. Торгунаков (1982 г.), Н. А. Барбараш (1983 г.), Г. Н. Царик (1983 г.).

В университете функционирует **научная хирургическая школа**, у истоков которой стоял доцент М. А. Подгорбунский, а продолжателями стали профессора А. И. Краковский, Т. И. Шраер, А. П. Торгунаков, Л. С. Барбараш, В. И. Тарабрин, Ю. А. Атаманов, Ю. И. Кривов, В. И. Подолужный, Е. В. Лишов, Т. Д. Евменова и др. Развиваются высокие медицинские технологии в хирургии, проводятся исследования научного направления по вопросам трансплантологии, изучаются вопросы хирургического лечения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, травм органов брюшной полости, герниопластики наружных грыж живота с применением протезных материалов, по хирургии новорожденных, по вопросам малоинвазивных вмешательств, органосохраняющих и органосберегающих операций.

В рамках научного направления **«Болезни системы кровообращения»** (академик РАН Л. С. Барбараш, член-корреспондент РАН О. Л. Барбараш, профессора и доктора медицинских наук Ю. И. Ровда, Н. И. Тарасов, В. И. Костин, А. В. Сапожков, С. А. Бернс, Ю. И. Нестеров, М. Ю. Огарков, В. Н. Каретникова, В. В. Кашталап и др.) проводятся многолетние исследования по проблемам кардиохирургии, ишемической болезни сердца, фармакологической коррекции острых нарушений коронарного кровообращения, артериальной гипертензии (АГ). Разработаны и внедрены в клинику новые конструкции биологических протезов для кардио- и сосудистой хирургии (премия Правительства РФ, 2001 г). Разработаны программы выявления и профилактики мультифокального атеросклероза на основе комплексной оценки генетических, иммунологических, гуморальных факторов у жителей Кузбасса. Разработаны методы выявления пациентов групп высокого риска внезапной смерти на ранних стадиях острого инфаркта миокарда. Обоснованы методы тромболитической терапии, ангиопластики.

В рамках научной школы **«Патофизиологии терминальных и экстремальных состояний»** (профессора А. Я. Евтушенко, Г. В. Лисаченко, А. С. Разумов, д.м.н. А. В. Будаев и др.) разработаны экспериментальные модели клинической смерти от кровопотери, инфаркта миокарда, электротравмы,

механического сдавления грудной клетки. Исследована постреанимационная патология, способы ее коррекции, позволившие уменьшить летальность на 33%.

Коллектив авторов (А. Л. Кричевский, В. И. Рудаев, И. К. Галеев и др.) провели экспериментально-клинические исследования краш-синдрома. Были разработаны способы и технологии сокращения количества жертв при катастрофах и массовых поражениях, связанных с взрывами, пожарами и завалами в шахтах Кузбасса. Разработаны научные основы предупреждения ишемического токсикоза (основной причины смерти).

В рамках научного направления по **медицинской гельминтологии** (профессора Е. Д. Логачев, Л. В. Начева, В. Р. Богданов и др.) выполнены исследования по микроморфология и эволюция тканей плоских червей, сравнительной морфоэкологии и патоморфологии органов и тканей паразита и хозяина при действии антигельминтиков. Разработаны гистохимические и морфометрические методы оценки действия антигельминтиков на яйца паразитов, органы и ткани трематод.

По проблемам **адаптации, стресса, физического развития и здоровья** проведены исследования (профессор Н. А. Барбараш, д.м.н. М. В. Чичиленко, д.м.н. Д. Ю. Кувшинов), установившие механизмы защитного действия адаптации к холоду, гипоксии и физической нагрузке при развитии гипертонии и нарушениях коронарного кровотока. Совместно с кардиохирургами изучена адаптация систем кровообращения, дыхания и крови к работе трансплантированных клапанов сердца больных ревматическими пороками. Установлена взаимосвязь стрессов с процессами роста и развития, проведены исследования по проблемам физиологических основ здоровья и годичных биоритмов, разработаны методики количественной оценки стрессреактивности и стрессоустойчивости человека.

Исследованиями по проблемам **наркоманий, токсикомании и суицидального поведения** (профессора А. А. Корнилов, Н. П. Кокорина, А. М. Селедцов, А. А. Лопатин, И. М. Сутулина и др.) установлена у несовершеннолетних Кузбасса распространенность данной патологии. Разработана и внедрена в практическое здравоохранение области новая модель наркологической службы для несовершеннолетних, а также первая в Российской Федерации модель специализированной суицидной службы. Показаны особенности наркологической патологии при разных формах девиантного поведения подростков и в зависимости от этих особенностей разработаны индивидуальные лечебные и профилактические программы.

В рамках научного направления по проблемам **охраны здоровья беременных женщин** (профессора Л. А. Решетова, Г. А. Ушакова, Н. В. Артымук, В. Г. Мозес, С. И. Елгина и др.) проведены научные исследования, установившие региональные особенности репродуктивного здоровья матерей Кузбасса, распространенности негенитальной патологии, протекания акушерской и гинекологической патологии у женщин с заболеваниями щитовидной железы и

гипоталамическим синдромом. Выявлено значение нервных и гуморальных факторов в патогенезе, профилактике и лечении угрожающего невынашивания беременности. Внедрены инновационные методы лечения и профилактики послеродовых инфекционных заболеваний, гнойно-деструктивных заболеваний придатков матки. Значимым направлением исследований является разработка научных основ профилактики нарушений репродуктивного здоровья женщин на основных возрастно-биологических этапах его становления. Внедрены методы коррекции изменений гемодинамики в системе мать-плод при гестозах. Предложена организационная и функциональная структура мониторинга, позволяющая предотвратить нарушения репродуктивного здоровья в постнатальном периоде.

Научным направлением по проблеме **охраны здоровья детей** (профессора Л. М. Казакова, Б. И. Давыдов, Ю. И. Ровда, Н. К. Перевощикова, В. П. Вавилова и др.) исследованы патогенез, распространенность и течение железодефицитной анемии, генетически детерминированной гиперурекемии, болезней органов пищеварения. Обоснованы и апробированы программы профилактики, реабилитации и адаптации детей дошкольных образовательных учреждений.

В рамках научного направления **гигиены труда и окружающей среды в Кузбассе** (профессора А. П. Михайлуц, К. Г. Громов, Е. В. Коськина и др.) установлены закономерности формирования санитарно-эпидемиологических ситуаций в зависимости от технико-экономических, технологических и строительно-планировочных решений. Изучены профпатология в химической и угольной промышленности, риски заболеваемости и смертности в городах Сибири с развитой химической, угольной и металлургической промышленностью. Проводится гигиеническая оценка здоровья населения в условиях антропогенной нагрузки на окружающую среду. Разработаны научные подходы по созданию системы профилактических мероприятий, направленных на обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия различных групп населения в промышленных центрах.

**Социально-гигиенические проблемы травматизма шахтеров** нашли отражение в работах профессоров А. Д. Ткачева, В. М. Ивойлова, И. Г. Галеева, которыми была разработана методика комплексного социально-гигиенического исследования травматизма шахтеров, разработана модель его мониторинга. Усовершенствована система медицинских мер по спасения работников при взрывах и завалах в угольных шахтах Кемеровской области. Разработана система научно-обоснованных мероприятий по профилактике травматизма у шахтеров.

В исследованиях по проблемам **природно-очаговых и социально-значимых инфекций** (профессора В. Н. Коваленко, А. В. Субботин, Т. В. Попонникова, М. Л. Лившиц, И. Ф. Копылова, О. М. Дроздова, Е. Б. Брусина и др.) определены распространенность и структура клинических форм клещевого энцефалита, иксодового клещевого боррелиоза и их сочетаний у различных групп населения, разработаны методы диагностики, лечения и профилактики

перехода острых форм заболеваний в хронические. Важным научным направлением явилось изучение клещевых микст-инфекций у детей, впервые выявлены в Кузбассе и всесторонне изучены неизвестные ранее болезни – моноцитарный эрлихоз и гранулоцитарный анаплазмоз человека. Впервые в России внедрена система эпидемиологического мониторинга внутрибольничных инфекций в хирургии.

В научных исследованиях **по проблемам стоматологии** (Р. Я. Пеккер, М. З. Миргазизов, Ф. Т. Темерханов, Г. Ф. Киселев, Л. Н. Смердина, А. И. Пылков, Е. А. Тё и др.) обоснованы и разработаны медицинские технологии использования имплантатов с памятью форм в челюстно-лицевой хирургии, дано клинично-патогенетическое обоснование индивидуальной профилактики кариеса зубов у детей с применением ионообменных полимерных материалов, в КемГМУ функционирует современный симуляционный центр.

В рамках научного направления **по модернизации управления, экономики и финансирования здравоохранения в современных условиях** (профессора Г. Н. Царик, Г. В. Артамонова, Е. А. Тё и др.) проводятся научно-исследовательские работы, посвященные социально-гигиеническим аспектам общественного здоровья населения; по проблемам управление качеством оказания медицинской помощи; по профилактике заболеваемости населения. Внедрены модели организации медицинской помощи на региональном и медицинском уровнях, имеющие существенный экономический эффект.

В развитие **офтальмологической науки** значимый вклад внесли профессор М. А. Пеньков, В. И. Кобзева, Ю. Ф. Хатминский, Е. В. Громакина и др. Учеными разработаны способы лечения глаукомы, различных травм глаза (ожогов, механических травм). Основными направлениями научных работ в настоящее время являются сосудистая офтальмопатология и детская офтальмология.

В исследованиях по проблемам **фармации** (А. И. Попов, П. В. Кузнецов, В. В. Большаков, А. С. Сухих и др.) проведена оценка запасов и структуры лекарственного растительного сырья в Кемеровской области и прилегающих регионах, выявлены особенности транслокации микроэлементов, включая тяжелые металлы, в климатических условиях Западной Сибири.

Учеными КемГМУ изучены вопросы диагностики и лечения ревматизма (профессор Т. А. Раскина), кожных заболеваний (профессор В. Ф. Прищепов и др.), ЛОР-патологии (И. М. Раков и др.).

В 1978 году в КГМИ сформирована **центральная научно-исследовательская лаборатория** (ЦНИЛ), где выполнены фрагменты порядка 60 докторских и 180 кандидатских диссертаций. На базе ЦНИЛ созданы три отдела, центр коллективного пользования. В КемГМУ функционируют научно-образовательные центры (НОЦ) «Прикладная биотехнология и нутрициология» (руководитель – профессор В. М. Позняковский) и «Инфекции и человек» (руководитель – профессор Е. Б. Брусина).

В вузе функционировали диссертационные советы (1992-2015 гг.), за время их работы рассмотрено более 450 кандидатских и докторских диссертаций по специальностям «Кардиология», «Хирургия», «Патологическая физиология», «Гигиена», «Общественное здоровье и здравоохранение», «Акушерство и гинекология». В КемГМУ успешно функционирует аспирантура, эффективность её в 2020 году составила 50%. Обучение проводится по двум направлениям подготовки: 32.06.01 Медико-профилактическое дело и 31.06.01 Клиническая медицина по 11 направленностям (профилям) под руководством 22 научных руководителей.

В вузе с момента создания функционирует студенческое научное общество (СНО), в настоящее время молодежную науку координирует совет молодых ученых (СМУ), задачами которого является поддержка и координация научной деятельности молодежи; содействие в организации и проведении научных исследований молодых ученых; установление научных и деловых контактов с СМУ других вузов. Большую роль в поддержке НИР играет научная библиотека КемГМУ. В рамках договора с e-library в КемГМУ продолжается централизованная регистрация авторов, индекса Хирша КемГМУ в 2020 г. достиг 61.

Приоритетами в научных исследованиях КемГМУ остаются рост методического уровня НИР (освоение современного оборудования, новых информационных технологий, способов и приемов доказательной медицины); оптимизация организации научных исследований путем внутривузовского и внешнего комплексирования, поиск наиболее актуальных проблем, в том числе региональных, разработка и внедрение новых медицинских технологий, разработку инновационной продукции, освоение критически важных технологий и развитие компетенций, участие в конкурсах, грантовая поддержка науки, формирование новых НОЦ, повышение публикационной активности сотрудников, прежде всего в журналах из международных баз данных, отнесенных к категориям: Q<sub>1</sub> и Q<sub>2</sub>, активное участие молодых ученых в научных исследованиях.

### **Источники и литература / Sources and references**

1. Евтушенко А. Я., Михайлуц А. П., Подолужный В. И. Научно-исследовательская работа КемГМА // Медицина в Кузбассе. – 2005. – №4. – С. 7-12.
2. Исторический очерк: Кемеровский государственный медицинский институт 1956 – Кемеровская государственная медицинская академия 1996. – Кемерово: НИКАЛС, 1996. – 92 с.
3. Кемеровская государственная медицинская академия (страницы истории)/ МЗ РФ: КГМА; сост. Н. А. Барбараш, В. В. Сырнев – Кемерово: КемГМА, 2002 – 135 с.
4. Кемеровская государственная медицинская академия. 60 лет Кемерово: ООО «АРФпринт», 2015 – 251 с.

5. Они были первыми – выпускники 1962-1964 годов (к 50-летию КемГМА) / под ред. Н. А. Барбараш, А. В. Сапожкова. – Кемерово: КемГМА, 2005. – 172 с.
6. Обеснюк Р. Д. Александр Яковлевич Евтушенко: биобиблиографический указатель [Электронный ресурс] / Обеснюк Р. Д., Голохвастова Р. В. – Кемерово: КемГМА, 2011. – 45 с.

## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

**Акбаев Рамазан Магаметович**, кандидат ветеринарных наук, сотрудник кафедры паразитологии и ветеринарно-санитарной экспертизы Московской государственной академии ветеринарной медицины и биотехнологии (Россия, Москва).

**Акименко Галина Васильевна**, к.и.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Кемеровского государственного медицинского университета, bairam77777@mail.ru (Россия, Кемерово).

**Альтмаер Ольга Александровна**, преподаватель Прокопьевского филиала Кузбасского медицинского колледжа, oaltmaer@mail.ru (Россия, Прокопьевск).

**Башкиров Евгений Сергеевич**, студент 1 курса Кемеровского государственного медицинского университета, специальность «Лечебное дело» (Россия, Кемерово).

**Богданова Наталия Валерьевна**, старший преподаватель МГЭИ им. А.Д. Сахарова, БГУ, Tasha.bo@mail.ru (Беларусь, Минск).

**Боровикова Злата Владимировна**, к.и.н., доцент кафедры истории Кемеровского государственного медицинского университета, bzлата2008@rambler.ru (Россия, Кемерово).

**Вьюнышева Анна Олеговна**, студентка 1 курса Кемеровского государственного медицинского университета, специальность «Лечебное дело» (Россия, Кемерово).

**Головко Ольга Владимировна**, к.ф.-м.н, доцент кафедры медицинской биологической физики и высшей математики Кемеровского государственного медицинского университета, golovko.ov@kemsma.ru (Россия, Кемерово).

**Горелов Юрий Павлович**, д.и.н., профессор, ветеран КемГУ (Россия, Кемерово).

**Грентикова Инна Геннадьевна**, к.э.н., доцент кафедры фармации Кемеровского государственного медицинского университета, grentikova@mail.ru (Россия, Кемерово).

**Гукина Людмила Владимировна**, к.ф.н., заведующий кафедрой иностранных языков, латинского языка и медицинской терминологии Кемеровского государственного медицинского университета, ling@kemsma.ru (Россия, Кемерово).

**Дадаева Галина Николаевна**, старший преподаватель кафедры медицинской биологической физики и высшей математики Кемеровского государственного медицинского университета, dadaeva.g2013@yandex.ru (Россия, Кемерово).

**Епанчинцева Татьяна Сергеевна**, студентка 1 курса Кемеровского государственного медицинского университета, специальность «Медико-профилактическое дело», etatyanka2601@mail.ru (Россия, Кемерово).

**Звягин Сергей Павлович**, д.и.н., профессор кафедры истории Кемеровского государственного медицинского университета, whitesiberia@yandex.ru (Россия, Кемерово).

**Золкин Александр Леонидович**, к.т.н., доцент Поволжского государственного университета телекоммуникаций и информатики, alzolkin@list.ru (Россия, Самара).

**Казаков Роман Валентинович**, студент 2 курса МГЭИ им. А. Д. Сахарова, БГУ, roman.kazakov.02@bk.ru (Беларусь, Минск).

**Квасюк Евгений Иванович**, д.х.н., профессор МГЭИ им. А. Д. Сахарова, БГУ, ekvasyuk@inbox.ru (Беларусь, Минск).

**Кирина Юлия Юрьевна**, к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Кемеровского государственного медицинского университета (Россия, Кемерово).

**Кокоулин Владислав Геннадьевич**, д.и.н., профессор Юридического факультета Сибирского университета потребительской кооперации, главный редактор научно-исторического журнала «Сибирский Архив», kwladislaw@yandex.ru (Россия, Новосибирск).

**Колесников Олег Михайлович**, к.ф.-м.н, доцент кафедры медицинской биологической физики и высшей математики Кемеровского государственного медицинского университета, okolesnikov64@gmail.com (Россия, Кемерово).

**Кувшинов Дмитрий Юрьевич**, д.м.н., заведующий кафедрой нормальной физиологии Кемеровского государственного медицинского университета, physiolog@mail.ru (Россия, Кемерово).

**Лобай Марина Валерьевна**, старший преподаватель кафедры иммунологии МГЭИ им. А. Д. Сахарова, БГУ, marina.lobai@mail.ru (Беларусь, Минск).

**Лопатин Андрей Анатольевич**, д.м.н., профессор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Кемеровского государственного медицинского университета, главный специалист нарколог СФО, главный врач ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», ketgmц\_ps@mail.ru (Россия, Кемерово).

**Макарчук Елена Владимировна**, ветеран здравоохранения (Россия, Кемерово).

**Макарчук Сергей Владимирович**, д.и.н., профессор кафедры истории России Кемеровского государственного университета, makarchuk-sv@mail.ru (Россия, Кемерово).

**Мальцев Михаил Дмитриевич**, студент 2 курса Кемеровского государственного медицинского университета, специальность «Фармация» (Россия, Кемерово).

**Мингазов Ильдар Файзрахманович**, научный сотрудник научно-методический отдел ФБУН «Новосибирский НИИ гигиены» Роспотребнадзора, mif2050@mail.ru (Россия, Новосибирск).

**Начева Любовь Васильевна**, д.б.н., заведующий кафедрой биологии с основами генетики и паразитологии Кемеровского государственного медицинского университета, nacheva.48@mail.ru (Россия, Кемерово).

**Ольховиков Андрей Вадимович**, студент 2 курса Кемеровского государственного медицинского университета, специальность «Лечебное дело» (Россия, Кемерово).

**Палин Алексей Владимирович**, к.и.н., доцент кафедры истории Кемеровского государственного медицинского университета, a-palin@mail.ru (Россия, Кемерово).

**Парашар Харш**, студент 2 курса Кемеровского государственного медицинского университета, специальность «Лечебное дело», sseverga@mail.ru (Индия).

**Помыткина Татьяна Евгеньевна**, д.м.н., заведующий кафедрой поликлинической терапии, последипломной подготовки и сестринского дела Кемеровского государственного медицинского университета, docentrom@mail.ru (Россия, Кемерово).

**Просвиркина Елена Владимировна**, к.х.н., заведующая кафедрой медицинской биологической физики и высшей математики Кемеровского государственного медицинского университета, Prosvirkina.ev@kemsma.ru (Россия, Кемерово).

**Прошутинская Юлия Ивановна**, студентка 1 курса Кемеровского государственного медицинского университета, специальность «Лечебное дело» (Россия, Кемерово).

**Романова Марина Михайловна**, к.м.н., ассистент Воронежского государственного медицинского университета им. Н. Н. Бурденко, mromanova@mail.ru (Россия, Воронеж).

**Садыкова Динара Ормбаевна**, преподаватель кафедры анатомии, НАО «Медицинский университет Семей», diko\_c@mail.ru (Казахстан, Семей).

**Салтанова Елена Владимировна**, старший преподаватель кафедры медицинской биологической физики и высшей математики Кемеровского государственного медицинского университета, saltanova.ev@kemsma.ru (Россия, Кемерово).

**Селедцов Александр Михайлович**, д.м.н., заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии Кемеровского государственного медицинского университета (Россия, Кемерово).

**Сиротина Ксения Александровна**, студентка 4 курса МГЭИ им. А. Д. Сахарова, БГУ, zmeenosec15@gmail.com (Беларусь, Минск).

**Смердина Лидия Николаевна**, д.м.н., профессор кафедры ортопедической стоматологии Кемеровского государственного медицинского университета, 582998@kemt看.ru (Россия, Кемерово).

**Смердина Юлия Геннадьевна**, к.м.н., доцент кафедры ортопедической стоматологии Кемеровского государственного медицинского университета, 582998@kemt看.ru (Россия, Кемерово).

**Смирнова Екатерина Алексеевна**, студентка 1 курса Кемеровского государственного медицинского университета, специальность «Медико-профилактическое дело», smirnova.catya02@yandex.ru (Россия, Кемерово).

**Соколов Иван Алексеевич**, ординатор 1 года обучения Кемеровского государственного медицинского университета, Ivansokolov1996@gmail.com (Россия, Кемерово).

**Соколович Ольга Александровна**, студентка 3 курса МГЭИ им. А. Д. Сахарова, БГУ, Helgahawk23@mail.ru (Беларусь, Минск).

**Сорокина Вероника Альбертовна**, к.м.н., главный врач ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница», главный областной специалист-психиатр, kemgtmu\_ps@mail.ru (Россия, Кемерово).

**Сунцова Марина Анатольевна**, преподаватель Кузбасского медицинского колледжа, marsuntsova@yandex.ru (Россия, Кемерово).

**Сыса Алексей Григорьевич**, к.х.н., доцент МГЭИ им. А. Д. Сахарова, БГУ, aliaksei.sysa@iseu.by (Беларусь, Минск).

**Ханчевский Максим Александрович**, студент 3 курса МГЭИ им. А. Д. Сахарова, БГУ, maks.khanchevskiy@bk.ru (Беларусь, Минск).

**Чернов Алексей Викторович**, д.м.н., заведующий кафедрой Воронежского государственного медицинского университета им. Н. Н. Бурденко, mromanova@mail.ru (Россия, Воронеж).

**Чистяков Максим Сергеевич**, главный специалист-эксперт отдела контроля и надзора в сфере здравоохранения, обращения лекарственных средств и медицинских изделий Территориального управления Росздравнадзора по Владимирской области, shreyamax@mail.ru (Россия, Владимир).

**Шаламов Владимир Александрович**, к.и.н., доцент кафедры истории России Иркутского государственного университета», исторический факультет, Wladimir13x@ya.ru (Россия, Иркутск).

**Шапошников Геннадий Николаевич**, д.и.н., заведующий кафедрой истории, экономики и правоведения Уральского государственного медицинского университета, hnshaposhnikov@yandex.ru (Россия, Екатеринбург).

**Шахаб Сиямак Насер**, к.х.н., заведующий кафедрой экологической химии и биохимии МГЭИ им. А. Д. Сахарова, БГУ, siyamakshahab@mail.ru (Беларусь, Минск).

**Шелихов Валентин Григорьевич**, к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии и клинической фармакологии Кемеровского государственного медицинского университета, v.shelikhov@mail.ru (Россия, Кемерово).

**Шиловский Михаил Викторович**, д.и.н., заведующий сектором Института истории СО РАН, istorik.novosib@gmail.com (Россия, Новосибирск).

**Штагер Артём Игоревич**, ординатор 1 года обучения кафедры анестезиологии, реаниматологии, травматологии и ортопедии Кемеровского государственного медицинского университета, shtager2013@yandex.ru (Россия, Кемерово).

**Ярошевич Елена Александровна**, ассистент Воронежского государственного медицинского университета им. Н. Н. Бурденко, mromanova@mail.ru (Россия, Воронеж).

*Научное издание*

## **ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ В СИБИРИ:**

материалы

II Международной научно-практической  
конференции

16+

Редактор О. В. Омеличкин

Подписано в печать 17.05.2021. Формат 60x84 1/16.

Печать офсетная. Бумага офсетная № 1. Печ. л. 13,38.

Тираж 500 экз. Заказ № 133190

---

Кемеровский государственный медицинский университет  
650056, г. Кемерово, ул. Ворошилова, 22 А.

---

Отпечатано в типографии ООО «ИНТ»: г. Кемерово, пр-т Октябрьский, 28, офис 215,  
Тел.: (3842) 657-893, 657-889. Сайт: [www.v-int.ru](http://www.v-int.ru), E-mail: [typoint@mail.ru](mailto:typoint@mail.ru)